

01•10

10. Januar · 64. Jahrgang

Hamburger Ärzteblatt

Zeitschrift der Ärztekammer Hamburg und der
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg



Gesundheitspolitik | 18

eArztausweis
Datenschutz-Vorgaben
schon umgesetzt

Forum Medizin | 28

Kolondivertikulitis
Wie eine Volkskrankheit

Forum Medizin | 38

Seelische Gesundheit
im Berufsalltag

Das Thema | 12

**Wenn man ein
Kind erziehen will,
braucht man
ein ganzes Dorf**

Dr. Klaus Augustin zur Bedeutung
lokaler Gemeinschaft(en)
als sozialer Referenzpunkt in der
Gruppentherapie

Hanseatische Klinikkonferenzen

Nr. 7: Gynäkologie

Samstag, 27. Februar 2010, 9:00-15:00 Uhr

Programm

Das Asklepios Brustgesundheitszentrum Hamburg (BGZ-HH) – Aktuelle Aspekte der sektorübergreifenden Zusammenarbeit

Zentrums- und prozessorientierte sektorübergreifende Zusammenarbeit im BGZ-HH

- ▶ Dr. Klaus Rensing, Asklepios Kliniken Hamburg GmbH
DCIS, CLIS, ADH und Mammographie-Screening – Was sollten Patientinnen wissen?
- ▶ Prof. Dr. W. Böcker, MVZ Hanse Histologicum GmbH, Hamburg
Plastisch-rekonstruktive tumoradaptierte Operationen am BGZ-HH – Interdisziplinäre Optimierung der Kooperation
- ▶ Prof. Dr. Andree Faridi, Asklepios Klinik Barmbek
- ▶ Dr. Klaus Müller, Asklepios Klinik Wandsbek
- ▶ Dr. Jan Pasel, Praxisklinik Colonnaden, Hamburg

Urogynäkologie

Ambulante Betreuung durch den niedergelassenen Facharzt:
Inkontinenz – Diagnostik und Therapie

- ▶ Dr. Mahtab Bazargan, Asklepios Klinik Altona und BeckenbodenKlinik Hamburg der Tagesklinik Altonaer Straße
Ambulante Betreuung durch den niedergelassenen Facharzt:
Diagnostik und Therapie des Deszensus
- ▶ Dr. Setareh Huschi, Dr. Simone Klüber, Asklepios Klinik Altona und BeckenbodenKlinik Hamburg der Tagesklinik Altonaer Straße
State of the Art: Operative Behandlung von Beckenboden-erkrankungen: Vorbereitung - Therapie - Nachsorge
- ▶ Priv. Doz. Dr. Sven Jürgens, BeckenbodenKlinik Hamburg der Tagesklinik Altonaer Straße in Kooperation mit Asklepios Klinik Altona

Geburtshilfe

Pränataler Ultraschall – Aktueller Stand

- ▶ Prof. Dr. Bernhard-Joachim Hackelöer, Asklepios Klinik Barmbek
Konzeption eines perinatalen Schwerpunktes
- ▶ Dr. Christiane Thein, Gynäkologie und Geburtshilfe, Asklepios Klinik Wandsbek

NEU: Sie können bei der Anmeldung eines der zwei folgenden Vortragsthemen auswählen:

a) Psychosomatische Aspekte der Frühgeburt

oder b) Frühe Bindungsförderung

- ▶ Dr. Michael Scheele, Asklepios Klinik Nord - Heidberg

Gynäkologische Onkologie

Stellenwert der Sentineltechnik in der gynäkologischen Onkologie

- ▶ Dr. Volker Maaßen, Asklepios Klinik Harburg
Neue Strategien in der Therapie des Endometriumkarzinoms
- ▶ Dr. Jorge Solsona, Asklepios Klinik Nord - Heidberg
Die TMMR – Ein neues nervenschonendes Operationsverfahren in der Therapie des Zervixkarzinoms
- ▶ Priv. Doz. Dr. Jörg Schwarz, Asklepios Klinik Nord - Heidberg

Hanseatische Klinikkonferenzen

Die umfassende Fortbildungsreihe der Hamburger Asklepios Kliniken geht weiter.

Wir bieten Ihnen die Gelegenheit, an nur einem Tag die Experten nahezu aller in der Stadt relevanten klinischen Abteilungen eines Fachgebietes zu treffen: Gemeinsam für Gesundheit.

Juni 2010 Nr. 8: Neuro-Medizin
28.-29.8.2010 Nr. 9: Onkologie
November 2010 Nr. 10: Kardio-Medizin

Veranstalter

Asklepios Kliniken Hamburg GmbH

Asklepios Klinik Altona
Asklepios Klinik Barmbek
Asklepios Klinik Harburg
Asklepios Klinik Nord - Heidberg
Asklepios Klinik Wandsbek

www.asklepios.com

in Kooperation mit der Asklepios Ärzteakademie

Veranstaltungsort

Museum für Völkerkunde Hamburg
Rothenbaumchaussee 64
20148 Hamburg

Anmeldung

www.asklepios.com/klinikkonferenzen

Neu: Entscheiden Sie mit! Wählen Sie bei der Anmeldung Ihr favorisiertes Thema unter zwei Vorschlägen im Block „Geburtshilfe“. Das Thema mit den meisten Stimmen wird präsentiert.

Teilnahmegebühr

kostenlos

Kongressorganisation

Asklepios Kliniken Hamburg GmbH
Ärzteakademie
Frau Monika Ansen
Tel.: (0 40) 18 18-84 26 52
Fax: (0 40) 18 18-84 26 90
E-Mail: m.ansen@asklepios.com

Anerkennung

Diese Veranstaltung ist von der Ärztekammer Hamburg mit **6 Punkten** anerkannt.

Weitere und aktuelle Informationen

www.asklepios.com/klinikkonferenzen

 **ASKLEPIOS**
Gemeinsam für Gesundheit

»Regierungen sollen steuern
und nicht rudern...«



Dr. Frank Ulrich Montgomery
Präsident der Ärztekammer Hamburg und
Vizepräsident der Bundesärztekammer

Das wird ein Jahr ...

2010 wird ein Jahr voller Arbeit und Spannung werden. Auf der Bundesebene werden wir die Einsetzung einer Regierungskommission erleben, die den schwierigen Spagat schaffen muss zwischen zukunftsweisenden Formulierungen des Koalitionsvertrages und Angriffen des alten Herz-Jesu-Marxisten Horst Seehofer aus München. Dabei soll sie noch fortschrittliche Gesundheitspolitik machen. Das Ergebnis wird mit Spannung erwartet – wenn auch erst nach den Landtagswahlen in Nordrhein-Westfalen. Auch diese Regierung übt sich in Taktieren, statt in klarer Führung. Eigentlich schade: Regierungen sollen steuern und nicht rudern ...

Für uns Ärzte stehen Wahlen in den beiden entscheidenden Körperschaften in diesem Jahr an. Zuerst wählt die Kassenärztliche Vereinigung, dann die Ärztekammer. Beide Wahlen sind Akte gelebter demokratischer Selbstverwaltung – aber sie brauchen dringend auch tiefgreifende demokratische Legitimation. Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung gibt es eine schöne Formulierung bezogen auf die Körperschaften: Transparenz und gelebte Demokratie sind unerlässliche Voraussetzung für eine funktionierende Körperschaft. Dem ist nur zuzustimmen – machen wir uns an die Umsetzung. Dazu brauchen wir hohe Wahlbeteiligungen. Ich wünsche mir, dass es uns bei beiden Wahlen gelingt, mehr als zwei Drittel der Wähler an die Urnen zu bringen. Das dient der Demokratie und damit allen!

In Hamburg steht aber auch ein weiteres Projekt an, von dem wir Ihnen in diesem Heft berichten: Die Ausgabe der ersten elektronischen Arztausweise. Wir fangen an, als eine der bundesweit ersten Kammern, mit der Herausgabe der elektronischen Arztausweise an einen kleinen Personenkreis – an die Gutachter des Versorgungsamtes.

Um allen Verwirrungen vorzubeugen: Das hat nichts mit der elektronischen Gesundheitskarte (für Patienten) zu tun. Vielmehr handelt es sich um die neue Form des Arztausweises. Elektronisch, mit Signatur versehen, in der Endphase europaweit gültig. Dann können sich Ärzte überall in Europa als Ärzte zweifelsfrei identifizieren, die Mobilität unserer Berufsgruppe wird damit erleichtert. Und auch im Inland gibt es Vorteile: Wahrscheinlich ab 2011 wird die Abrechnung als Vertragsarzt auf gesetzlicher Basis „on-line“ erfolgen müssen. Dann ist eine eindeutige, nicht korrumpierbare Arztsignatur unabdingbar.

2010 – davon bin ich überzeugt – wird ein gutes Jahr für uns alle. Arbeit gibt es genug, über die Finanzierung wird wenigstens wieder geredet. Dabei steht im Koalitionsvertrag erstmals nicht mehr der Satz: „Es gibt Über-, Unter- und Fehlversorgung“. Vielmehr ist erstmals „von einer Kultur des Vertrauens anstelle überzogener bürokratischer Vorschriften die Rede“. Dem ist zuzustimmen – voll Spannung warten wir auf das Ergebnis.

Ich wünsche Ihnen einen guten Start ins Jahr und ein rundum erfolgreiches 2010!

Patientenberatung

bei allen Fragen rund um die Gesundheit.

Unser Team besteht aus Ärztinnen verschiedener Fachrichtungen, Sozialversicherungsfachangestellten und einer Psychologin. Wir beraten Patientinnen und Patienten kompetent und unabhängig – und wir erleichtern Ärztinnen und Ärzten die Arbeit:

Sie wollen Patienten mit ihren Fragen zu Einrichtungen und besonderen Leistungen an uns verweisen?
Gern.

Sie haben grundsätzliche Fragen zur Versorgung oder zu den Leistungen gesetzlicher Krankenkassen?
Rufen Sie uns an!

Sie wollen an einen Kollegen oder eine Einrichtung mit einer besonderen Spezialisierung überweisen, wissen aber nicht, wohin?

Rufen Sie uns an!

NEU!

040/ 20 22 99 222

Wir teilen Patienten auch Ihre besonderen Tätigkeitsschwerpunkte mit.
Bitte informieren Sie uns darüber!
Fax 040/ 20 22 99 490

Bitte geben Sie die neue Nummer auch an Ihre Patienten weiter.

Bei der nächsten Abrechnung erhalten Sie Informationsmaterial für die Praxis.

patientenberatung@aekhh.de

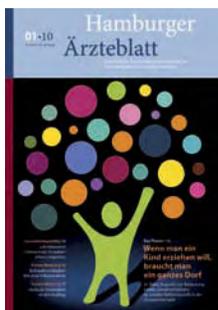
www.aekhh.de · www.kvhh.de

01·10

Hamburger Ärzteblatt



Dr. Klaus Augustin, Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychoanalyse, weiß um die Bedeutung lokaler Gemeinschaft für die seelische Gesundheit (Seite 12). **Dr. Marie-Luise Kölln**, Fachärztin für Innere und Sozialmedizin, und **Matthias Kruse** vom Versorgungsamt Hamburg berichten über den Einsatz neuer eArztausweise (Seite 20). Chefarzt **Dr. Thomas Mansfeld**, Abt. für Viszeralmedizin, Allgemein- u. Viszeralchirurgie, Gastroenterologie u. Endoskopie am AK Wandsbek, ist vom interdisziplinären Ansatz bei der Behandlung von Kolondivertikulose und -divertikulitis überzeugt (Seite 28).



Das Thema

- 12 **Gruppentherapie**
Lokale Gemeinschaft(en)
als sozialer Referenzpunkt
Von Dr. Klaus Augustin

Service

- 6 Gratulation
7 In memoriam
8 Verlorene Arztausweise
11 Bibliothek
24 Sicher verordnen
25 Sono Quiz
26 Terminkalender
40 Impressum

Namen und Nachrichten

- 6·11 **Personalien** · Dr. Voeltz: Exzellenter Kapitän tritt ab · Wie sicher ist die Altersrente? · Dr. Schmolke: Immer drei oder vier Eisen im Feuer · Benzos: Fluch und Segen · Ärztekammer-Zentrale mit neuer Nummer · Ärzteverzeichnis zieht um · Ein Beruf mit Zukunft

Gesundheitspolitik

- 20 **eArztausweis** · „Wir sind bestens vorbereitet“. Von Sandra Wilsdorf
22 **eArztausweis** · Erster Einsatz für Gutachter . Von Dr. Marie-Luise Kölln, Matthias Kruse
24 **Hausärztliche Versorgung** · Hausarzt am Scheideweg. Von Walter Plassmann

Forum Medizin

- 28 **Kolondivertikulitis** · Wie eine Volkskrankheit. Von Dr. Thomas Mansfeld, Dr. Ulrich Mai, Dr. Niels-Derrek Schmitz
32 **Der besondere Fall** · Knochenmetastase eines Schilddrüsenkarzinoms. Von Prof. Dr. Jürgen Bruns, PD Dr. Susanne Klutmann, Dr. Georg Deuretzbacher, Prof. Dr. Günter Delling, Prof. Dr. Wolfgang Rütger
34 **Aus der Schlichtungsstelle** · Paravasat nach Infusion. Von Prof. Dr. Karl Ernst von Mühlendahl
35 **Vortrag** · Ärzte, Dichter und Rebellen. Von Dr. Karl-Friedrich Masuhr
36 **Bild und Hintergrund** · Mehr als ein Dorfschulmeister: Samuel Heinicke. Von Prof. Dr. Volker Lehmann
38 **Psyche und Beruf** · Wenn die Seele streikt ... Von Nicola Timpe
40 **Der blaue Heinrich** · „Machen Sie sich bitte frei“. Von Dr. Hanno Scherf

Mitteilungen

- 41 **Ärztekammer Hamburg** · Zwischenprüfung für auszubildende Medizinische Fachangestellte
41·44 **Kassenärztliche Vereinigung Hamburg** · Vertragsarztsitze · Verträge der KV · Arbeitskreise

Dieser Auflage liegen folgende Flyer bei: Asklepios Klinik Harburg (Flyer „Die kritische diabetische Extremitäten-Ischämie.“); Tabea Krankenhaus GmbH, Institut für wissenschaftliche Phlebologie („Venensymposium“); Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf („7. Eppendorfer Dialog zur Gesundheitspolitik“), UKE-Klinik für Kinder- und Jugendmedizin („Flyer Kopfzentrum“).

Gratulation

zum 90. Geburtstag

- 16.01. **Dr. med. Franz-Gerhard Rösch**
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 23.01. **Dr. med. Roselis Hausser**
Fachärztin für Innere Medizin
- 11.02. **Dr. med. Rolf-Wilhelm Flehmig**
Facharzt für Radiologie
- 11.02. **Dr. med. Karl-Heinz Heuer**
Facharzt für Orthopädie
- 11.02. **Dr. med. Margarete Weise**
Fachärztin für Allgemeinmedizin

zum 75. Geburtstag

- 16.01. **Dr. med. Wendelin Raabe**
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 02.02. **Prof. Dr. med. Volker Fintelmann**
Facharzt für Allgemeinmedizin

zum 70. Geburtstag

- 18.01. **Dr. med. Brigitte Schwerdtfeger**
Ärztin
- 21.01. **Dr. med. Bruno Schmolke**
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 24.01. **Dr. med. Hans-Jürgen Nolte**
Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen
- 26.01. **Dr. med. Hans-Georg von Saucken**
Facharzt für Chirurgie
- 27.01. **Dr. med. Volker Pruszkowski**
Facharzt für Innere Medizin
Facharzt für Arbeitsmedizin
- 06.02. **Karin Dünnebeil-Bogner**
Fachärztin für Neurochirurgie
- 08.02. **Dörte Ascher**
Ärztin
- 11.02. **Dr. med. Detlef Bartelt**
Facharzt für Radiologie
- 11.02. **Dr. med. Dieter Köchermann**
Facharzt für Orthopädie
- 12.02. **Dr. med. Elke Krukow**
Fachärztin für Innere Medizin

zum 65. Geburtstag

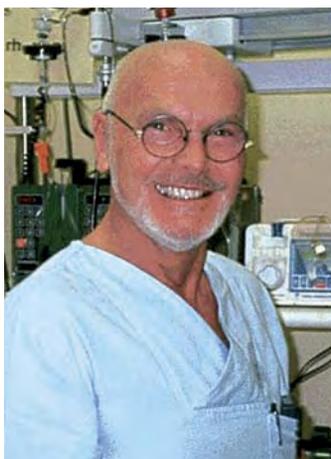
- 19.01. **Werner Homann**
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Facharzt für Nervenheilkunde
Facharzt für Innere Medizin
- 23.01. **Dr. med. Iselin Heinz**
Fachärztin für Anästhesiologie
- 31.01. **Monika Barth**
Ärztin
- 31.01. **Dr. med. Jürgen Winzer**
Facharzt für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
- 07.02. **Prof. Dr. med. habil. Bernd Hartmann**
Facharzt für Arbeitsmedizin
- 31.01. **Dr. med. Jürgen Winzer**
Facharzt für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe

Ruhestand Dr. Peter Voeltz verabschiedete sich aus dem Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus Hamburg (BUKH).

Exzellenter Kapitän tritt ab

Im vergangenen Jahr haben wir unseren langjährigen Chefarzt der Abteilung für Anästhesie, Intensiv- und Rettungsmedizin und Stellvertretenden Ärztlichen Direktor am Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus Hamburg (BUKH), Dr. Peter Voeltz, in den wohlverdienten Ruhestand verabschiedet.

Seit 1972 arbeitete Voeltz im Bundeswehrkrankenhaus Hamburg in der Anästhesieabteilung und im Rettungszentrum. 1974 begann er seine Weiterbildung zum Facharzt im AK Altona unter Prof. Lawin und wurde später von dessen Nachfolger Dr. Herden zum Oberarzt ernannt. Hier entstand sein besonderes Interesse an der Intensiv- und Notfallmedizin.



Dr. Peter Voeltz

Voeltz hat sich mit pathetischem Einsatz für die Sicherstellung einer flächendeckenden notärztlichen Versorgung der Hamburger Bevölkerung eingesetzt. Dabei lag ihm die umfassende Ausbildung aller im Rettungsdienst beteiligten Berufsgruppen und die Qualitätssicherung in der Notfallmedizin besonders am Herzen. Die Gründung der Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärzte (AGNN), deren langjähriger Vorsitzender er war, stellt noch heute ein Meilenstein in der Etablierung einer qualitativ hochwertigen Notfallmedizin in Deutschland dar. Es entstand zudem auf seine Initiative hin die Leitende Notarztgruppe, mit der Hamburg eine Vorreiterrolle in der Versorgung von Großschadensereignissen in Deutschland einnahm. Voeltz wurde 1983 von der Stadt Hamburg zum ersten Beauftragten der Leitenden Notarztgruppe ernannt.

Nach kurzem Auslandsaufenthalt am King Abdul Military Cantonment Hospital in Tabuk, Saudi Arabien,

wurde Voeltz 1987 Chefarzt der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin am BUKH. Dank seiner ausgezeichneten fachlichen Kompetenz und seines persönlichen Engagements gelang es ihm, die Abteilung zur Einrichtung mit exzellentem medizinischem Standard und das BUKH zum anerkannten Standort der Rettungsmedizin zu entwickeln. Es folgten die Ernennung zum stellvertretenden Ärztlichen Direktor und später die Übernahme einer Stabstelle als Chefarzt für Medizinische Koordination.

Lieber Peter, alle die Dich kennen, wissen um deine Vorliebe für die Seefahrt. Daher möchte ich es so auszudrücken: Du warst uns stets ein vorbildlicher und exzellenter Kapitän, der immer auf der Brücke stand, wenn er gebraucht wurde und hattest auch bei schwerster See das Ruder fest im Griff. Wir wussten immer, dass wir unter Deiner Führung den nächsten schützenden Hafen sicher erreichen werden. Habe Dank für diese schöne gemeinsame Zeit – wir werden Dich vermissen! Deine „alte Mannschaft“ wünscht Dir und Deiner Familie für die Zukunft alles denkbar Gute, Glück und Gesundheit!

Stefan Lönnecker

Wie sicher ist die Altersrente?

Wie sicher ist meine Altersrente? Bin ich gut abgesichert bei Berufsunfähigkeit? Erhält auch mein Ehepartner/eingetragener Lebenspartner eine Rente? Wann gibt es die nächsten Rentenerhöhungen? Wie erfolgt die Kapitalanlage des Versorgungswerks? Das Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg (Tel. 2271 960) lädt ein zur Informationsveranstaltung am Donnerstag, den 4. Februar 2010, um 20 Uhr im Ärztehaus, Humboldtstr. 56, 2. OG.

Sie erhalten Gelegenheit, alle Fragen direkt an die Verantwortlichen des Versorgungswerks zu richten. | *háb*



Wir gratulieren!
Dr. Bruno Schmolke feiert
seinen 70. Geburtstag.

Immer drei oder vier Eisen im Feuer

Dynamisch und voller Tatendrang, so kennen wir Dr. Bruno Schmolke. Der Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde wird am 21. Januar 70 Jahre alt, dazu gratulieren wir sehr herzlich. Immer drei oder vier Eisen im Feuer, hoch engagiert und mit großem Temperament setzte er sich in den vergangenen Jahrzehnten erfolgreich für die Hamburger Ärzteschaft ein.

Geboren in Deutschwarthenberg in Schlesien, studierte er in Hamburg und Würzburg Medizin und erhielt nach der Medizinalassistentenzeit am UKE und am AK St. Georg 1969 die Approbation. Als wissenschaftlicher Assistent arbeitete er von 1970 bis 1974 am UKE. Seit 1974 ist er als HNO-Arzt in Eimsbüttel niedergelassen.

Das berufspolitische Engagement von Schmolke war vielfältig wie vielleicht bei keinem zweiten Hamburger Arzt und kann hier nur skizzenhaft wiedergegeben werden. Vorsitzender des Berufsverbandes der Hamburger HNO-Ärzte war er, auf Bundesebene zeitweise Zweiter Vorsitzender. 2005 wurde sein Wirken vom Berufsverband mit der Verdienstmedaille geehrt. Mitglied in der Vertreterversammlung der KV Hamburg war er bis 2008. In die Kammer- bzw. heutige Delegiertenversammlung wählten ihn die Hamburger Ärzte seit 1986. Schmolke war und ist Vorsitzender und Mitglied im Aufsichtsausschuss des Versorgungswerkes. Insgesamt dreimal war er Vizepräsident der Ärztekammer Hamburg, von 1986 bis 1994 und von 1998 bis 2002.

Sein Einsatz galt insbesondere dem Erhalt des ärztlichen Berufes als freiem Beruf, der Arzthelferinnenausbildung (heute Medizinische Fachangestellte), der Zusammenarbeit von Ärzten mit Selbsthilfegruppen und natürlich seinem Herzensthema seit zwei Jahrzehnten: der ärztlichen Weiterbildung. Wie junge Kolleginnen und Kollegen an die ärztlichen Fächer herangeführt werden sollen, wie man die Qualität der Weiterbildung weiter verbessern kann, das waren und sind Themen, die ihn umtreiben.

Wenn unterschiedliche Meinungen und Auffassungen in Gremien aufeinanderprallen, war es Schmolke stets ein Anliegen, einen für beide Seiten akzeptablen Kompromiss zu finden. Dies bewies er viele Male im Schlichtungsausschuss der Ärztekammer, wenn es darum ging, eine vernünftige Lösung bei einer zunächst aussichtslos erscheinenden Auseinandersetzung zwischen Kollegen zu finden.

2008 hat Schmolke seine Tätigkeit als niedergelassener Arzt beendet. Jeder, der ihn kennt, möchte ihm zurufen: „Lass es doch endlich mal ruhiger angehen!“. Ich habe Zweifel, ob ihm dies gelingt.

Heute bedanke ich mich persönlich für die wunderbare Zusammenarbeit und im Namen der Hamburger Ärzteschaft. Möge Dir noch Vieles gelingen.

Dr. Frank Ulrich Montgomery

Gratulation

zum 65. Geburtstag

- 07.02. **Prof. Dr. med. habil. Bernd Hartmann**
Facharzt für Arbeitsmedizin
- 13.02. **Gerhard Hinze**
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 14.02. **Dr. med. Wilhelm Dauterstedt**
Facharzt für Innere Medizin

In memoriam

Dr. med. Jens Raecke
Facharzt für Allgemeinmedizin
* 01.11.1966 † 10.10.2009

Dr. med. Heinz Schwabe
Facharzt für Innere Medizin
* 14.11.1919 † 31.10.2009

Dr. med. Joachim Jessel
Facharzt für Nervenheilkunde
* 11.09.1915 † 10.11.2009

HKG-Vorstand neu gewählt



Peter Oberreuter

Prof. Fokko ter Haseborg

Die Mitgliederversammlung der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft (HKG) hat auf der Dezember-Sitzung ihre Vorsitzenden für die nächsten zwei Jahre neu gewählt.

Als erster Vorsitzender wird erstmals Dipl. Ing. Peter Oberreuter, Sprecher der Geschäftsführung der Asklepios Kliniken Hamburg, die HKG nach außen vertreten. Prof. Dr. Fokko ter Haseborg, im Hauptamt Vorstandsvorsitzender des Albertinen-Diakoniewerks, der in den letzten zwei Jahren das Amt des ersten Vorsitzenden der HKG innehatte, wurde als zweiter Vorsitzender gewählt. | *háb*

Verloren

Ausweis von

- B 7777** Dr. med. Bettina Heinz
26.04.2004
- B 9166** Dr. med. Hannelore Heuchert
28.09.2005
Prof. Dr. Carl-Joachim Partsch
02.10.2008 in Baden-Württemberg
- C 1218** Dr. med. Heinz-Henning Seevers
30.01.2008
- A 8253** Dr. med. Gertraude Sdun
18.02.1994
- C 2371** Andreas von Welzeck
11.06.2009

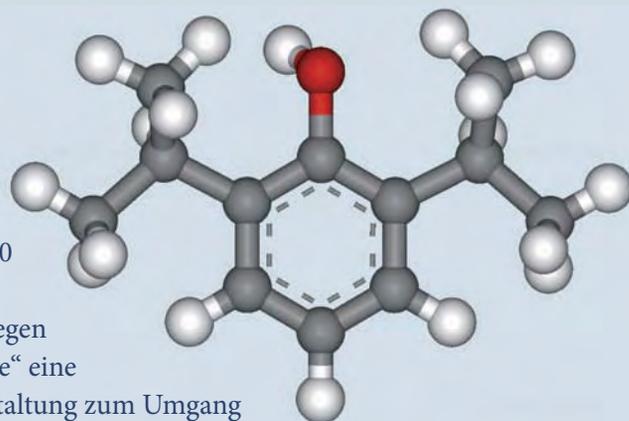
Die Arztausweise werden hiermit für ungültig erklärt. Bei Wiederauffinden wird um sofortige, schriftliche Benachrichtigung der Ärztekammer gebeten.

Gefunden

... Schwein gehabt –
oder auch nicht

Seit Wochen und Monaten wird die Menschheit gegeißelt von einer wahn-sinnig gefährlichen Krankheit. Nun hat sich die Menschheit gerächt – oder zumindest ein Mensch. Die dpa Deutsche Presse-Agentur vermeldete, dass sich ein Schwein bei einem Menschen mit Schweinegrippe angesteckt hat. Dafür ist sie ja auch irgendwie da, die Schweinegrippe, oder etwa nicht? Nomen est omen, hat sich das Schwein vielleicht noch gedacht, aber den Mundschutz nicht dabei gehabt. Tja, Pech und nicht Schwein gehabt.

Eine Frage, die wir durchaus berechtigt finden, stellt sich allerdings noch: Wieso ist dieses Schwein getestet worden, wo doch kein Mensch mehr getestet wird (Die zweite berechtigte Frage hierzu lautet: Woher wissen Journalisten und Gelehrte, dass der Peak erreicht ist??)? Vielleicht hat das Landesuntersuchungsamt Rheinland-Pfalz seitdem nichts mehr zu tun und das Schwein läuft unter ABM (Arbeitsbeschaffungsmaßnahme)? So würde es zumindest noch Arbeitsplätze sichern. Doch Schwein gehabt? Wir wünschen dem Schwein an dieser Stelle gute Besserung. | *ti*



Veranstaltung

Am 2. Februar 2010 gibt es unter dem Titel „Fluch und Segen der Benzodiazepine“ eine Diskussionsveranstaltung zum Umgang mit dieser Medikamentengruppe.

Fluch und Segen

Um Risiken einer Langzeitverschreibung von Benzodiazepinen ging es im Hamburger Ärzteblatt 06/09. In verschiedenen Beiträgen beleuchteten die Autoren das Thema aus Sicht der Suchtmedizin, der Patientenberatung, der Berufsordnung sowie der Pharmakotherapieberatung. Es gab darüber hinaus Fallbeispiele und Hinweise, wohin und an wen sich Ärztinnen und Ärzte wenden können, die Fragen rund um die Verschreibung dieser Medikamente haben. Das Titelthema hat eine Diskussion angestoßen, die nun fortgesetzt werden soll:

Am **Dienstag, den 2. Februar 2010**, gibt es unter dem Titel „Fluch und Segen der Benzodiazepine“ eine Diskussionsveranstaltung zum Umgang mit dieser Medikamentengruppe.

Auf dem Podium diskutieren: Dr. Rüdiger Holzbach (Chefarzt der Abteilung Suchtmedizin LWL-Kliniken Warstein und Lippstadt), Dr. Claus Wächtler (Chefarzt der Abteilung für Gerontopsychiatrie, Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll), Dr. Christian Haasen (Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf), Dr. Jasper Kiehn (Abteilung Berufsordnung, Ärztekammer Hamburg), Dr. Rainer Ullmann, Facharzt für Allgemeinmedizin mit Substitutionsschwerpunktpraxis, Dr. Jochen Brack, niedergelassener Facharzt für Psychiatrie.

Die Moderation übernimmt Dr. Klaus Behrendt, Chefarzt der Abteilung Abhängigkeitserkrankungen, Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll. Die Veranstaltung findet im Saal des Ärztehauses in der Humboldtstraße 56 statt, Beginn ist um 19.30 Uhr. | *san*

Krankenhausspiegel mit neuen Daten online

Wer eine neue Hüfte oder ein künstliches Kniegelenk benötigt, ist in Hamburgs Krankenhäusern bestens aufgehoben. Die aktuellen Qualitätsergebnisse, die jetzt unter www.hamburger-krankenhausspiegel.de veröffentlicht wurden, sind bei orthopädisch-chirurgischen Behandlungen wie Gelenkersatz oder Oberschenkelhalsbruch zum Teil deutlich besser als im Bundesdurchschnitt.

Der Krankenhausspiegel erfreut sich steigender Beliebtheit und ist aus dem Hamburger Gesundheitswesen nicht mehr wegzudenken. Mit dem Bundeswehrkrankenhaus Hamburg ist erneut eine große Klinik dazugekommen, so dass die Zahl der im Krankenhausspiegel vertretenen Häuser von ursprünglich 19 auf jetzt 27 gestiegen ist. Abgedeckt werden damit mehr als 95 Prozent der stationären Krankenversorgung der Hansestadt.

Die Behandlungsqualität in Krankenhäusern wird in 23 Leistungsbereichen bundesweit einheitlich geprüft. Über 1.700 der bundesweit 2.100 Kliniken sind mit 3,8 Millionen behandelten Patienten an der so genannten externen Qualitätssicherung beteiligt. Allein in Hamburg wurden über 700.000 Datensätze von Patienten durch die EQS-Hamburg (die Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung) geprüft. | *hüb*

Ärztekammer Zentrale mit neuer Telefonnummer

Das telefonische Eingangstor zur Ärztekammer Hamburg hat sich geändert. Die Zentrale ist nun unter der Rufnummer

040/ 20 22 99 0

zu erreichen, und zwar zu folgenden Zeiten:

Montag – Donnerstag: 8.30 – 12.30 Uhr, 13.15 – 16.30 Uhr.

Freitag: 8.30 – 12.30 Uhr, 13.15 – 14.30 Uhr.

Da die Ärztekammer ihre Telefonanlage sukzessive umstellt, sind auch einige weitere Abteilungen bereits unter neuen Telefonnummern erreichbar. Eine Liste dazu ist abrufbar auf der Homepage der Ärztekammer unter www.aerztekammer-hamburg.de/kontakt. | dk

Ärzteverzeichnis zieht um

Ab Januar ist das Ärzteverzeichnis der Ärztekammer Hamburg im

Erdgeschoss des Ärztehauses

in der Humboldtstr. 56 anzutreffen. Bei Adressänderungen, An- und Abmeldungen, einem abgelaufenen (oder auch verlorenem, gestohlenem) Arztausweis sowie bei Tätigkeitswechsel ist das Ärzteverzeichnis die erste Anlaufstelle für Hamburger Ärztinnen und Ärzte.

Öffnungszeiten:

Montag, Dienstag und Donnerstag: 9 – 16 Uhr

Mittwoch: 9 – 18 Uhr, Freitag: 9 – 14 Uhr.

Das Ärzteverzeichnis ist telefonisch erreichbar unter der Rufnummer 040/ 20 22 99 130 oder per E-Mail: verzeichnis@aekeh.de. | dk

Schnellerer Therapieerfolg bei Depressionen

Der Psychiater und Psychotherapeut PD Dr. Christian Otte vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) erhielt den Forschungspreis 2009 der Stiftung Deutsche Depressionshilfe, der im vergangenen Jahr zum ersten Mal ausgeschrieben wurde und mit 5.000 Euro dotiert ist. Otte bekam ihn unter anderem für den Nachweis, dass die Gabe eines Medikamentes, das die Ausschüttung des Stresshormons Cortisol hemmt, zusätzlich zur antidepressiven Standardtherapie in den ersten drei Wochen, den Therapieerfolg bei Depression beschleunigt.



PD Dr. Christian Otte

Bei depressiven Patienten schüttet die Nebennierenrinde vermehrt das körpereigene Stresshormon Cortisol aus. Otte wies nach, dass ein erhöhter Cortisol-Spiegel bei depressiven Patienten zu schlechterer Gedächtnisleistung führt. Darüber hinaus konnte er zeigen, dass Cortisol bei depressiven Frauen das Risiko einer Herz-Kreislauf-Erkrankung steigert. Die Gabe eines Medikamentes, das die Ausschüttung des Stresshormons Cortisol hemmt, zusätzlich zur antidepressiven Standardtherapie in den ersten drei Wochen bewirkte, dass die Therapie schneller wirkte. Welche Konsequenzen diese Ergebnisse für die zukünftige Behandlung von depressiven Patienten haben, wird Otte in weitergehenden Studien untersuchen. | h**äb**

Hilfe für Schwangere und Mütter in Not

Zahlreiche Anlaufstellen bieten Schwangeren und Frauen, die gerade ein Kind geboren haben, in Hamburg Unterstützung an – auch anonym.

Telefonische Rund-um-die-Uhr-Beratung:

24 Stunden am Tag können sich betroffene Frauen an die telefonische Hotline 018 02/000 306 wenden und im persönlichen Gespräch erfahren, wo sie Rat, Hilfe und Unterstützung erhalten. Die Beraterinnen und Berater nennen auch Krankenhäuser, in denen ein Kind anonym zur Welt gebracht werden kann, wenn die Frau meint, dass es keine andere Lösung gibt.

Beratungsstellen:

Die nachfolgend aufgeführten Beratungsstellen helfen Schwangeren und Müttern, den bestmöglichen Weg für ihre Zukunft zu finden. Kostenlos und auf Wunsch anonym beraten sie über die Möglichkeit, in einer Mutter-Kind-Einrichtung zu wohnen, über finanzielle Hilfen oder über Voraussetzungen, unter denen ein Schwangerschaftsabbruch möglich ist.

Familienplanungszentrum, Telefon: 43 92 822, www.familienplanungszentrum.de

PRO FAMILIA, Landesverband Hamburg, Telefon: 30 99 74 910, www.profamilia-hamburg.de

Beratungsstelle für Frauen, Familien und Schwangere, Sozialdienst katholischer Frauen Hamburg-Altona, Telefon: 43 31 56

Sozialdienst katholischer Frauen Hamburg, Telefon 25 49 25 91

Diakonisches Werk, Frauenberatung, Telefon Konfliktberatung: 30 62 02 02, Telefon Schwangerenberatung: 30 62 02 08

Auch die **Allgemeinen Sozialen Dienste der bezirklichen Jugendämter** beraten Schwangere und Mütter. Die Telefonnummern der jeweiligen Anlaufstelle im Bezirk ist über das Krisentelefon 018 02/000 306 zu erfahren.

Weitere Informationen stehen im Internet im Internet unter www.hamburg.de/Schwangerschaft.

Kaufleute im Gesundheitswesen Seit 2001 gibt es die Ausbildung zum Kaufmann oder zur Kauffrau im Gesundheitswesen. Doch noch ist der Beruf nicht sehr bekannt.

Ein Beruf mit Zukunft

Jana Tannert wollte immer in den medizinischen Bereich, doch auf eine „verschulte“ Ausbildungsstruktur wie bei der Krankengymnastik-Ausbildung hatte sie keine Lust. In einem Gespräch bei der Arbeitsagentur erwähnte ihre Betreuerin den Beruf der „Kaufleute im Gesundheitswesen“, den es seit 2001 gibt. Die 21-jährige Hamburgerin war sofort begeistert, da sie als Kauffrau im Gesundheitswesen den medizinischen Bereich mit dem kaufmännischen verbinden kann und in ganz verschiedenen Bereichen sowie Institutionen einsetzbar ist. Ihre Ausbildung begann sie kurze Zeit später in der H20 Berufliche Schule Bramfeldersee.

Die Ausbildung zielt vor allem auf neue Strukturen im Gesundheitswesen. Ärzte mit eigener Verwaltung, wie Gemeinschaftspraxen oder Ärztehäuser, zählen ebenso zu den Ausbildungsbetrieben bzw. potenziellen Arbeitgebern wie Krankenhäuser, Krankenkassen, Pflegeheime und -dienste, Rehabilitationseinrichtungen oder Rettungsdienste.

Der Beruf kombiniert die erforderlichen Qualifikationen aus dem kaufmännischen, dem dienstleistungsorientierten sowie aus dem gesundheitspezifischen Bereich. Zu den Tätigkeitsfeldern gehören unter anderem die Kundenbetreuung, Leistungsabrechnung, Buchhaltung, Materialwirtschaft sowie personalwirtschaftliche Vorgänge. Auch mit professionellem Marketing können Absolventen beim zukünftigen Arbeitgeber punkten. Im dualen System finden nebeneinander Berufsschule und Ausbildung in der Praxis statt. Letztere variiert je nach Ausbildungsbetrieb. Jana Tannert lernt in der Krankenkasse und absolviert gleichzeitig einen Ausbildungsblock im Krankenhaus, um flexibel einsetzbar zu sein.

Die Karrierechancen sind in diesem Bereich gut, z. B. über die Weiterbildung zum „Fachwirt im Sozial- und Gesundheitswesen“ oder ein auf das Gesundheitswesen zugeschnittenes Studium wie „Public Health“ und „Gesundheitsmanagement“. Allerdings gibt es einen Wermutstropfen für die Auszubildenden: Der Beruf der Kaufleute im Gesundheitswesen ist noch nicht überall bekannt. Das soll sich ändern. Jana Tannert ist überzeugt: „Das ist ein Beruf mit Zukunft, gerade weil wir flexibel einsetzbar sind wie es in der modernen Gesundheitswirtschaft, zu der sich das Gesundheitswesen mehr und mehr entwickelt, erforderlich ist.“ | ti



Bibliothek des Ärztlichen Vereins

Von-Melle-Park 3 (Altbau der SUB Hamburg – Carl von Ossietzky, 1. Stock) 20146 Hamburg
 Telefon: 040-44 09 49, Fax: 040-44 90 62, E-Mail: bibliothek@aekeh.de, www.aekbibl.de

Der Bücherkurier liefert entliehene Medien an den Arbeitsplatz oder nach Hause.
 Die Kosten hierfür werden nach Entfernung berechnet.

Öffnungszeiten: **MO** 09 - 17 Uhr · **DI** 10 - 16 Uhr · **MI** 10 - 19 Uhr · **DO** 10 - 16 Uhr · **FR** 09 - 16 Uhr

Kostenlose Serviceleistungen für Kammermitglieder

- Zusendung von Zeitschriftenaufsatzkopien (literaturbestellung@aekeh.de)
- Zusendung von Literaturrecherchen in „PubMed“, „UpToDate“ u. a. Datenbanken
- Zusammenstellung von Literatur bzw. Zusendung von Kopien zur individuellen Fragestellung
- Ausleihe von Medien an den Arbeitsplatz (sofern dieser der Behördenpost angeschlossen ist)

Neuerwerbungen

Ärztliche Fertigkeiten. Anamnese, Untersuchung, ausgewählte Anwendungsgebiete. Hrsg.: K. P. Schnabel (u. a.). 2010.

Atlas der gastrointestinalen Bildgebung. Hrsg.: P.J. Pickhardt (u. a.). 2009.

Bergmann, K.-O.; C. Wever: Die Arzthaftung. 3. Auflage. 2009.

Die Fähigkeit, allein zu sein. Zwischen psychoanalytischem Ideal und gesellschaftlicher Realität. Hrsg.: K. Münch (u. a.). 2009.

Funktionsdiagnostik in Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel. Hrsg.: A. Schäffler. 2009.

Hahn, J.; R. Schwach*: Anpassung und Ausschaltung. Die Berliner Kassenärztliche Vereinigung im Nationalsozialismus. 2009.

Hohmann*, C.C.: Ein jüdisches Professorenschicksal zwischen Hamburg und London. Der Zahnmediziner Hans Jacob Türkheim (1889 – 1955). 2009. (Hamburger Studien zur Geschichte der Medizin. Band 6.)

Jacob, G.; K. Lieb; M. Berger: Schwierige Gesprächssituationen in Psychiatrie und Psychotherapie. 2009.

Klinische Hämatologie. Hrsg.: R. Andreesen, H. Heimpel. 3. Auflage. 2009.

Moderne Berg- und Höhenmedizin. Hrsg.: T. Küpper (u. a.). 2010.

Neuroreha systematisch. Von Jörg Wissel*, T. Winter (u. a.). 2009.

Pathologic basis of disease. Ed.: S.L. Robbins, R.S. Cotran. 8. Edition. 2010.

Praxishandbuch Arbeitsmedizin. Hrsg.: J. Petersen* (u. a.). 2009. (nebst CD-ROM).

Praxistrainer TEE. Transösophageale Echokardiographie Schritt für Schritt – eine interaktive Lernanwendung. Hrsg.: J. Ender (u. a.). 2010.

Rehmann, W. A.: Arzneimittelgesetz (AMG). Kommentar. 3. Auflage. 2008.

Scheel, P. J.; M. J. Choi: Oxford American handbook of nephrology and hypertension. 2008.

Schnura, T.: Diagnose und Punktauswahl nach TCM. 4. Auflage. 2009.

Schockraum-Management. Von L. Guterath, M. Gerstorfer (u. a.). 2009.

Schultze-Lutter, F.; S. Ruhrmann: Früherkennung und Frühbehandlung von Psychosen. 2008.

Systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen. Einführung in Instrumente der evidenzbasierten Medizin für Ärzte, klinische Forscher und Experten im Gesundheitswesen. 2. Auflage. 2009.

Therapieresistenz bei psychischen Erkrankungen. Hrsg.: M. Schmauß, T. Messer. 2009.

* Geschenk vom Verfasser / Herausgeber

Weitere Neuerwerbungen finden Sie auf unserer Homepage www.aekbibl.de. Möchten Sie unsere Neuerwerbungsliste per E-Mail erhalten? Dann schicken Sie einfach eine E-Mail an die Bibliothek: bibliothek@aekeh.de und wir nehmen Sie in unseren Verteiler auf.

KOCH STAATS KICKLER SCHRAMM & PARTNER

RECHTSANWÄLTE • NOTARE

Sie sind für Ihre Patienten da – wir für Ihr Recht

Unser Leistungsangebot:

- Zulassungsverfahren
- Berufs- und Weiterbildungsrecht
- Praxisabgabe und -übernahme
- (Zahn)ärztliche Kooperationen
- Honorarstreitigkeiten
- MVZ
- Integrierte Versorgung
- Krankenhausrecht
- Krankenhausfinanzierung
- Institute für Selbstzahlerleistungen
- Arbeitsrecht, Chefarztverträge
- Privatliquidation
- Abwehr von Haftpflichtansprüchen
- Straf- und Disziplinarrecht

Ihr Beraterteam Medizinrecht

Frank Schramm
 Dr. Paul Harneit
 Joachim Poetsch
 Stephan Gierthmühlen
 Dr. Kai Stefan Peick
 Martina Witte

Kiel Deliusstraße 16
 Telefon 0431 / 67 01-0

Hamburg Ferdinandstraße 12
 Telefon 040 / 3 00 31 51-0

www.koch-partner.de

Gruppentherapie

Verschiedene Aspekte zur Bedeutung des Dorfes in der Gruppentherapie – eine Metapher für lokale Gemeinschaft(en) als sozialer Referenzpunkt.

Von Dr. Klaus Augustin

Wenn man ein Kind erziehen will, braucht man ein ganzes Dorf

Afrikanisches Sprichwort

In diesem Artikel werden Überlegungen zur Begründung von Gruppenpsychotherapie vorgestellt. Bei der Idee des Dorfes geht es um die Bedeutung der lokalen Gemeinschaft für die seelische Gesundheit und das Gesundwerden unserer Patienten. Für die seelische Gesundheit bedeutsame Aspekte wie Selbstwert, Werte und Normen, Identität, soziale Zugehörigkeit und Realitätswahrnehmung werden in sozialen Kontexten realisiert. Wir sollten bei unseren psychodynamischen Überlegungen neben der frühen Kindheit die soziale Zugehörigkeit in ihrer Bedeutung und Behandelbarkeit mit bedenken.

„Wenn man ein Kind erziehen will, braucht man ein ganzes Dorf.“ Das afrikanische Sprichwort beschreibt, dass ein Kind für seine Entwicklung nicht nur die Eltern braucht, die leider nicht immer gut genug sind. Das Kind wächst in eine soziale und kulturelle Gemeinschaft hinein, die gut als Dorf zu beschreiben ist. Das Dorf ist klein und konkret. Es kann die türkische Gemeinschaft in Wilhelmsburg, eine katholische Kirchengemeinde, ein Sportverein, die Klasse 1b der Grundschule, eine Klinik, ein Stadtteil oder eine Abteilung in einer großen Firma sein. Die Stadt wäre im Unterschied dazu groß und abstrakt, Stadtluft macht frei und ist anonym. Die Stadt repräsentiert auch den Zeitgeist, die Technologie, die Veränderung. Viele sind aus ihren Dörfern (in Ostfriesland, Kasachstan oder Anatolien) in die Städte gegangen und müssen sich mit kulturellen Widersprüchen auseinandersetzen, mit interkulturellen Brüchen.

Gemeinsame Sprache

So beschreibt die Metapher Dorf eine Matrix, ein Netz, das ein Mensch nutzen kann. Ich möchte mit dieser Metapher spielen. Der Begriff Dorf soll als regressiver, konkretistischer Begriff auch auf die Kindheit und eine genetische psychodynamische Sichtweise verweisen. Es gibt im Dorf eine gemeinsame Sprache, soziale Regeln und Normen. Das Dorf ist Produktionsstätte und Ort der Begegnung von Erwachsenen und Kindern. Es ist eine kleine, mitunter vollständige Welt. Das Dorf ist nach den Eltern die entscheidende Sozialisationsinstanz. Es gibt Eltern und Erwachsenen den konkreten Rahmen, die Möglichkeiten, Notwendigkeiten und Grenzen der jeweiligen Kultur vor. Dieses Dorf steht zwischen dem Menschen und der Kultur. Es beschreibt den Ort, an dem die progressiven Ziele der Kindheit verwirklicht werden sollen: einen guten, wertvollen Platz in der Gemeinschaft zu finden.

Rückzug aus dem sozialen Leben

Meine Gedanken möchte ich mit Blick auf meine gruppenpsychotherapeutische Arbeit und auf eine Patientin illustrieren. Frau V. hat ihre dreijährige gruppenanalytische Behandlung vor einem halben Jahr beendet. Sie ist Mitte 40, eher klein, hübsch und löst bei mir rasch



den Wunsch aus, sie zu unterstützen. Sie klagt über Panikzustände und Depressionen und hat sich aus dem sozialen Leben zurückgezogen. Die wirtschaftliche Existenz der Familie mit drei Töchtern ist bedroht, da das Geschäft, das sie mit dem geschiedenen Mann führt, vor dem Konkurs steht. Einbrüche mit Ängsten und Depressionen hatte sie schon mehrfach, zuletzt, als sie vor Jahren eine Stelle als Buchhalterin nach langen, verunsichernden Auseinandersetzungen verlor.

Die Differenzialindikation für die Gruppenpsychotherapie ist nicht eindeutig – solche Patientinnen werden oft mit Einzeltherapie behandelt. Klärung der eigenen Situation, aktuelle und biografische Klärung der Vulnerabilität, Untersuchung der Übertragung, Bearbeitung eines Individuations-Autonomie-Konflikts und einer mäßigen strukturellen Störung mit dem Fokus der Selbstfürsorge – das lässt sich auch gut in der tiefenpsychologisch fundierten Einzeltherapie bearbeiten.

Geht so eine Patientin in der Gruppe nicht verloren? Mitunter schon. In der Gruppe wird nicht so gut für sie gesorgt wie in der Einzeltherapie, sie wird dort weniger Beachtung finden. Wenn sie sich in der Gruppe gekränkt zurückzieht, wird es vielleicht nicht schnell bemerkt. Andererseits wird sie in der Gruppentherapie mehr arbeiten und mehr gefordert sein. Und: sie wird viel über andere Menschen erfahren.

Das Dorf als Ersatz für versagende Eltern

Mich rührt das Sprichwort besonders, weil ich das Dorf als helfende Instanz assoziiert habe. Unsere Patienten kommen, weil sie leiden. Sie wissen nicht weiter, werden mit ihren Beziehungen nicht glücklich, verstehen sich selbst nicht. Sie haben oft Schwierigkeiten in der Kindheit gehabt: Wir hören von desinteressierten, narzisstischen und süchtigen Eltern. Eltern können abwesend, körperlich oder psychisch krank, dumm oder gestorben sein. In diesen Fällen sollte das Dorf oder die Gemeinde das Kind tragen. Trägt es das Kind, dann wird es dieses mehr oder weniger unbeschadet überstehen, versagt es, dann wird das Kind krank. Das Dorf kann eine *capacity of concern* (Winnicott) bereitstellen.

Frau V. hatte eine wenig interessierte Mutter, die mehr Versorgung brauchte als sie geben konnte. Der ältere Bruder war hart und fordernd. Den früh verstorbenen Vater idealisiert sie. Die Gemeinschaft in einer politischen Gruppierung in der Jugend prägte sie, hier fand sie Anerkennung und die Möglichkeit, sich energisch einzubringen. Ich konnte in ihr den munter-zornigen Juso wiedererkennen, das Bild hat mir Hoffnung gemacht.

Im Dorf ist die Kultur konkret

Mit Kultur ist alles Menschliche, von und mit Menschen Gemachte und Gewollte gemeint – in Abgrenzung zum Natürlichen. Es geht um Broterwerb, Regeln und Normen, soziale Hierarchie, Macht und Gesetz, Glaube, Zeitgeist, Weltanschauung, Reproduktion und vieles andere, das in die Familie bedeutsam hineinwirkt. Frau V. trennte sich während der Behandlung, auch gegen den Widerstand ihrer Kinder, mit viel Mühe vom Ehemann, sie litt unter der Arbeitslosigkeit und ging einen langen Weg der sozialen Rehabilitation über einen Ein-Euro-Job.

Kulturen und Zeitgeistströmungen

Die *conditio humana* wird hier in ihrer konkreten Ausgestaltung verhandelt. Zeitgeist oder Weltanschauung sind in ihrer lokalen, historischen Konkretheit gemeint: wie diese Dinge von einer Gemeinschaft an einem bestimmten Ort, zu einer bestimmten Zeit gesehen werden. Die von außen kommenden Einflüsse (Gesetze, Waren etc.) und Verlockungen beeinflussen Menschen im Dorf zutiefst.

Jung hat den Begriff des kollektiven Unbewussten eingeführt. Freud versuchte in *Totem und Tabu*, die Kultur mit einem zugrunde liegenden ödipalen Verbrechen zu beschreiben. Foulkes versucht nicht, das kulturelle Unbewusste auszugestalten, er spricht von unbewusster Matrix. Die existenziellen Fragen, wie mit Tod und Krankheit umzugehen ist, mit Trennung, den Wechselfällen des Lebens, Gewalt und Trauma, bekommen hier ihre (zum Teil von starker Abwehr geprägten) Ausgestaltungen.

Diese Themen sind in meinen Gruppen präsent: Wir sprachen darüber, als Mütter starben, Partner sich lösten, Kinder in Schwierigkeiten gerieten. Das Umgehen mit den Institutionen und Wandlungen des

Sozialstaats ist immer wieder wichtig. Scheidungen und Armut (reale oder gefühlte) waren wichtige Themen. Patienten berichten über ihre bedrohlichen Erkrankungen oder die ihrer Partner.

Frau V. berichtete von sozialen Institutionen: der ARGE, von der Arbeitslosenbetreuungsfirma, von der Schule der Kinder. Sie war nicht das erste Mal arbeitslos. Sie ist politisch interessiert. Gegenüber einem Mann, in den sie sich verliebte, zeigte sie eine bemerkenswerte Naivität, die ihr von der Gruppe gespiegelt wurde. Sie trennte sich mit viel Mühe vom Ehemann, der ihr stalkinghaft nachstellte. Sie erlebt eine schwere Erkrankung und den Tod der Mutter.

Im Dorf bekommt das Subjekt Identität und Wert

Identität ist ein intrapsychisches Konstrukt, bei dem das Subjekt sich dem Sozialen, der konkreten menschlichen Umwelt, in das es eingebettet ist, zuwendet. Die Frage: „Wer bin ich?“ ist weder mit: „Der Sohn meiner Mutter!“ noch mit „Ein Mensch!“ zu beantworten. In der Post-

moderne sind scheinbar die Identitäten frei wählbar. Das

kann zu Haltlosigkeit führen. Die Frage des Selbstwerts und des sozialen Rangs sind Fragen, die sich an das Dorf wenden. Natürlich ist der

Glanz im Auge der Mutter und die Ermunterung des Vaters, sich die Welt zu erobern, wichtig. Neben dem

psychodynamischen Woher sollte auch die Frage nach dem

sozialen, psychodynamisch hochwirksamen Wohin gestellt werden: den Wünschen und Zielen, ihren

Konflikten und Schwierigkeiten. Arbeitslosigkeit ist für mich oft eine schwere Erkrankung, die mehr verlangt als angemessene finanzielle Versorgung.

In meinen Gruppen sind zu Beginn etwa die Hälfte der Patienten arbeitslos – oft

verleugnet durch Langzeitkrankschreibung. Die Leiden der

Arbeitslosigkeit und der depressiv-resignierten Rückzüge werden immer wieder thematisiert. Hoffnung lässt sich

aus den positiven Erfahrungen der anderen Gruppenteilnehmer generieren, die Arbeit oder eine Weiterbildung finden. Die Themen Zugehörigkeit

und Berufszufriedenheit sind wichtig. Die Teilnehmer meiner Gruppen bekommen wertvolle Rückmeldung über ihre Stärken und Schwächen. So können sie erfahren, wo sie stehen.

Frau V. ist sehr zufrieden über den Arbeitsplatz, den sie zuletzt fand. Sie kann sich heute abgrenzen, an die Freundin oder den neuen Partner Forderungen stellen. Sie gestaltet ihre Beziehungen weniger abhängig.

Störung der Kommunikation und der Zugehörigkeit zum Dorf

Psychodynamische Psychotherapie und Diagnostik hat eine wichtige Basis in der Entwicklungspsychologie. Die ungünstigen Prägungen durch die Primärbeziehungen werden als Ursache für psychische Störungen angesehen und in einer selbstreflexiven, den Primärbeziehungen nachgebildeten und sie zugleich verändernden Übertragungsbeziehung behandelt.



Dieses Modell ist immer in Gefahr, die Bedeutung der kulturellen Einflüsse, den kulturellen Wandel und die aktuelle Lebenssituation gering zu schätzen. Für das Leiden der Menschen sind Konflikte, Geburten und Todesfälle, der Verlust des Partners, eine schwere Erkrankung, das Altern, Arbeitslosigkeit und vieles andere sehr wichtig. Aktuelle Belastungen und das Eingewobensein in die Kultur sind es ebenso. Wir leben in der Gegenwart, arbeiten an der Gestaltung der Zukunft und bedienen uns der Werkzeuge und Einschätzungen aus der Vergangenheit.

Hier kann Gruppenpsychotherapie ansetzen. Sie bringt die soziale und kulturelle Wirklichkeit in die Behandlung hinein.

Der eigentliche Ort der neurotischen Störung

Foulkes schreibt: „Das multipersonale Netzwerk von Interaktion und Interkommunikation, das [ist] der eigentliche Ort der neurotischen Störung.“ Damit beschreibt er das, was ich als Dorf metaphorisch einführte. Das betont den sozialen Aspekt unseres bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells. Psychotherapeuten sind eher gewohnt, unbewusste Konflikte oder persönliche Defizite, als den intrapsychischen Ort der seelischen Störung zu beschreiben. Foulkes sagt: „Man kann sagen, dass alles, was in Richtung bessere Kommunikation hinwirkt, ipso facto auch auf bessere soziale Integration und daher auf bessere seelische Gesundheit oder Heilung hinarbeitet und dass alles, was der Kommunikation entgegenwirkt und den Charakter des Widerstandes hat, auch pathogen ist.“ Bemerkenswert ist hier der Gleichklang von sozialer Integration, Gesundheit und gelingender Kommunikation. Der Begriff Widerstand wird nicht über die Tiefe des Unbewussten entwickelt, sondern in den sozialen Beziehungen angesiedelt: er ist synonym mit Nicht-Kommunikation oder unvollständiger Kommunikation, der Abwehr von Kontakt.

Diese Gedanken geben der Kultur und den Kulturen eine große Bedeutung für das Seelenleben. Es geht bei seelischen Erkrankungen nicht nur um das Selbst und seine Objekte, sondern um die Kultur mit ihren Regeln und Normen, ihrer Sprache.

Ziele der psychodynamischen Psychotherapie bekommen so einen Boden, auf dem sie stehen können: die Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft. Die intersubjektiv gedachte Psychoanalyse bekommt aus einer Zweierbeziehung heraus eine vernetzte Erweiterung in die soziale Realität, in die Kultur.

Patienten mit dem resignierten Rückzug der Depression, der anklammernden Abhängigkeit der Ängstlichen und den Ausweichtenden der Somatisierungsstörungen können sich gegenseitig gut helfen, Zugehörigkeit in Würde wieder zu finden.

Frau V. neigte zum depressiven Rückzug mit Somatisierungen. Sie berichtete, dass der Hausarzt die Gruppentherapie befürwortete, weil sie ihn so seltener wegen psychovegetativer Beschwerden aufsuchte.

Gruppenpsychotherapie bildet Dorf und Kultur nach

Foulkes nennt das: „In der Gruppenpsychotherapie wird die Gruppe als beispielhafte Repräsentation der umgehenden Gemeinschaft und ihrer Kultur zum ersten Mal selbst ins Sprechzimmer zu aktiver Mitarbeit in der Behandlung gebeten.“

Für die psychodynamische Psychotherapie gibt es eine Vielzahl von Zielen. Es werden hohe Ansprüche formuliert: Durcharbeitung des Unbewussten, Überwindung der infantilen Amnesie und Rekonstruktion der Kindheit, Aufbau von Selbstobjektfunktionen etc. Dies drückt aus, dass Psychoanalytiker und Psychotherapeuten oft hohe bis ideale Ansprüche an sich und ihre Arbeit haben. Sie wollen ihre Patienten vollständig verstehen, durch Einsicht heilen, durch Containing entgiften (Funktion des Aufnehmens und „Verwandeln“ unerträglicher seelischer Inhalte in erträgliche), durch Selbstobjektbeziehung Fragmentierungen heilen, durch Herstellung einer

vertrauensvollen Bindung korrigierende emotionale Erfahrung erreichen etc. Diese schwer erreichbaren Ideale sind in gruppenanalytischer Tätigkeit zu brechen und so für die Reflexion zu öffnen. Überhöhte analytische Ideale werden korrigiert.

Im Rahmen meiner persönlichen Psychohygiene sind die Intervisions- und Supervisionsgruppen entscheidend. Ich erfahre von den Sichtweisen der Kollegen meiner Peer-Group, ich höre, wie sie arbeiten, was ihre Schwerpunkte und ihre Schwierigkeiten sind. So kann ich ermitteln, was normal – im Sinne von durchschnittlich – ist, ich eiche mich quasi. Der Ideenaustausch, die Hilfe, die ich erfahre und geben kann, machen aktiv und lebendig.

Die Gruppenpsychotherapie ist, bezogen auf diese psychoanalytischen Ideale aber auch von subjektiven Ansprüchen der Patienten her betrachtet, von chronischem Mangel gekennzeichnet. Der einzelne Patient bekommt keine ungeteilte Aufmerksamkeit, vielmehr passiert es, dass persönliche Anliegen über längere Zeit nicht besprochen werden. Es besteht keine Aussicht darauf, dass er vollständig verstanden wird – Erklärungen und Einsicht werden nie die Genauigkeit und Tiefe wie in der Einzeltherapie erreichen. Die Übertragungsbeziehung des Patienten zum Gruppenleiter und zu den anderen Mitgliedern wird immer wieder unverstanden, unbesprochen und in ihrer Analyse unterbrochen sein. Vertrauensniveau und Selbstoffenbarung sind in der Einzelbehandlung oft größer als in der Gruppe.

So betrachtet, verliert der Patient scheinbar mit seiner Entscheidung für die Gruppe im Vergleich zum Einzelsetting – und viele Patienten entscheiden sich deshalb gegen eine Gruppenbehandlung.

Dieser scheinbare Mangel verweist meine Patienten und mich auf die *conditio humana*, aus der Leid und Unglück nicht wegzudenken sind – obwohl wir oft mit aller Raffinesse unserer Abwehr dies versuchen. Für mich bedeutet Gruppenpsychotherapie Klarifikation und Konfrontation mit Leid, Leere, Verlust, Schuld, Willkür und Einsamkeit – Yalom spricht von den existenziellen Themen (Tod, Einsamkeit, Freiheit, Sinnlosigkeit) und nennt die Universalität des Leidens einen wichtigen kurativen Faktor. Gruppenpsychotherapie reduziert die regressiven Wünsche nach Ungeschehen-Machen, Verantwortungsabgabe oder Wiedergutmachung. Sie fördert die Auseinandersetzung mit der Realität auch in ihren schmerzlichen Aspekten.

Frau V. suchte ihren Weg zwischen Unterwerfung und Aufbegehren, von beiden erlebten wir ein Übermaß. Nach einigen Monaten verstummte sie: eine Übertragungskrise, die erst nach einigen Wochen bemerkt wurde – sie war gekränkt und fühlte sich unverstanden. In ihren depressiven Einbrüchen fühlte sie sich wertlos und ohnmächtig. Sie übernahm dann mit Unterstützung der Gruppe mehr Verantwortung für die Arbeitssuche und Beziehungsgestaltung.

Das Dorf ist lebendig

Über die Konfrontation gewinnt der Patient etwas: die Gruppe. Die Gruppe ist ein Ort neuer Beziehungen, Wiederholungen und Hoffnungen. Die Gruppe ist lebendig im Unterschied zum Analytiker, der sich eher abwartend und reagierend verhält. Die Gruppe bringt Neues hervor, sie hat emergente Eigenschaften.

Vielleicht ist das der entscheidende Vorteil der Gruppe: die Produktion von Unerwartetem, die inhärente Vitalität. Ständig geschieht etwas Affektives in Kommunikation und Beziehungen. Der Patient ist mit Ereignissen und Themen konfrontiert, die er nicht selbst hergestellt hat. Er kann sich aktiv und passiv an dem, was von anderen Menschen, deren Leiden, Leben und Beziehungen kommt, beteiligen. Er kann seine Kenntnisse über andere Menschen und deren Welt erweitern und Vorurteile reflektieren und revidieren. Er kann lernen, in welchen Aspekten er anderen ähnlich ist und in welchen verschieden.

Der Patient in der Gruppe erfährt erlebend nicht nur etwas über sich selbst, sondern auch über seine Beziehungen, über andere Menschen und deren Beziehungen und damit über die für ihn rele-

vante Welt. Er wird mit der *conditio humana* konfrontiert: mit den glücklichen und unglücklichen Zufällen, den Notwendigkeiten und Begrenztheiten des Lebens.

Frau V. ist ein eher stilles Mitglied gewesen. Sie kam zuverlässig, erlebte in der Gruppe auch Krisen und Konflikte. Sie meldete sich oft erst, wenn sie unglücklich war. Oft beteiligte sie sich nicht aktiv. Sie hat dennoch profitiert.

Das Dorf fordert Ressourcen heraus

Die Patienten können in die Gruppe ihre eigenen Ressourcen einbringen. Indem sie merken, dass ihr Umgehen mit Herausforderungen für andere nicht selbstverständlich ist, spüren sie ihren Wert und ihre Kraft. Das Erleben und die Rückmeldungen der Gruppe über Stärken und Schwächen in einer ernsthaften sozialen Situation ist wertvoll.

Frau V. achtete in der Gruppe genau darauf, ob Mitpatienten mit ihren Partnern sprechen. Sie betonte, dass es günstig und für eine befriedigende Partnerschaft wichtig ist, sich mit dem Partner offen über Konflikte und sexuelle Themen auszutauschen. Das ermutigte schüchterne Mitpatienten.

Wenn unsere Patienten das unpersönliche „man“ (tut dies oder das nicht) verwenden, intervenieren wir oft. „Sprechen Sie doch bitte von sich! Warum verbergen Sie sich hinter diesem unpersönlichen Wort?“ sagen wir und übersehen etwas Wichtiges. Dieses „man“ ist oft Vertreter des Ich-Ideals und des Über-Ichs und Vertreter der kulturellen Forderungen und Verbote. Dieser Zusammenhang lässt sich gut in der Gruppenpsychotherapie nutzen, wo das Dorf anwendend ist: Welche Forderungen müssen wir akzeptieren und welche nicht? Welche Erwartungen sollten wir erfüllen und welche sind sozial nicht angemessen? Auf diese Fragen geben Gruppen meist klare Auskunft. Ähnlich finden wir im Dorf Antworten auf das, was normal und wahr ist.

Frau V. war ein bescheidenes und relativ normales Gruppenmitglied. Allerdings war die Gruppe erschrocken, wie viel Ignorieren und Verfolgung sie von ihrem Mann akzeptierte. Sie konnte hier klarer werden, weil die Gruppe das nicht normal, sondern empörend fand.

Im Dorf kann man mehr lernen als beim Vater

Die Gruppenanalyse überschreitet die Dialektik von Ein- und Zweipersonen-Psychologie und erweitert sie triangulär um zwei Kulturen: die (zu entwerfende und zu reflektierende) Kultur der Therapiegruppe und die Kultur der Gesellschaft, in der wir leben. Die Patienten arbeiten in der Gruppe in guter selbstreflexiver psychoanalytischer Tradition. Verglichen mit der Einzeltherapie ist der Fokus weiter gefasst:

- Passive und aktive intersubjektive Selbstreflexion,
- vertiefte Mentalisierung, die durch das Erleben bunter fremder Subjektivität erreicht wird – zu erkennen, wie andere Menschen ihren Lebensweg gehen und bewerten, relativiert die Projektionen,
- Erlernen von Empathie,
- direktes Erleben und Untersuchung der Beziehungen,
- Gelingen und Misslingen wechselseitiger Anerkennung und Spiegelung,
- Erleben des Beziehungsgeflechts,
- Miterleben des Suchens und Ringens der anderen Patienten und gemeinsames Nachdenken über die gemeinsame Kultur,
- Definieren und Relativieren von Normen und Verboten,
- Definieren und Relativieren der Realität.

Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse und die konstruktivistischen relationalen Theorien bringen eine Veränderung der Theorie und Praxis der psychoanalytischen Zweipersonen-Psychologie hervor. Diese verändern vor allem den (theoretischen) Ort und die Technik des Analytikers. Der ist nicht mehr objektiver Beobachter des Unbewussten des Patienten, sondern er ist Beteiligter, ein weiteres

Subjekt. Die Asymmetrie wird dadurch relativiert: die Asymmetrie zwischen Kranken und Behandler bleibt, die Asymmetrie zwischen dem Analytiker als Wissenschaftler und dem Kranken, dem er sich als objektiver Beobachter nähert, fällt. Der Patient weiß mehr über sich, als der Analytiker von ihm weiß, und braucht nicht nur die Professionalität des Analytikers, sondern auch dessen Lebendigkeit – er braucht eine authentische Begegnung, eine andere Beziehung. Der Patient braucht das Gegenüber, die zweite Sicht, das Verstehen, das in der Verschiedenheit notwendig auch Nichtverstehen einschließt.

Bei diesem Fortschritt in der psychoanalytischen Wissenschaft entsteht ein Problem: Wenn der Analytiker weit subjektiver ist, als er früher dachte und sein wollte, und genau als dieses subjektive Gegenüber für die Heilung des Patienten gebraucht wird, wo ist dann das Objektive, Allgemeingültige, Wissenschaftliche geblieben? Ich schlage vor, es in der (abstrakten) Kultur und in der (konkreten) Gruppe zu suchen: Foulkes kann als Vorläufer einer relationalen Psychoanalyse angesehen werden: „Was für zwei Personen gilt, gilt auch für drei und mehr: sobald sie in Kontakt und Kommunikation zueinander kommen, bilden sie ein neues einheitliches Feld von Interaktionsprozessen. Der Prozess der Interkommunikation, ob verbal oder nicht, und seine Theorie verlangen eine zentrale Position in jeder Psychotherapie. So wird Gruppenpsychotherapie nicht nur möglich, sondern sogar notwendig.“

In der heutigen Situation ist es relativ schwer, diese Anschauungen wirklich zu akzeptieren, da sie fest verankerte Positionen bedrohen. Sie führen zu einer Haltungsänderung, die sich in der Einzelsituation ebenso äußert wie in der Gruppensituation [...]

Soziale Zugehörigkeit im Dorf ist notwendig für unser Seelenleben

Soziale Zugehörigkeit ist zu verstehen als Erweiterung des inzwischen gründlich untersuchten Aspekts der Bindung. Neben den bedeutsamen Bindungen an die Eltern gibt es Zugehörigkeiten bzw. Nicht-Zugehörigkeiten von sozialen Gruppen, die entweder selbstverständlich sind, oder in denen die Gefahr der Ausschließung oder Entwertung liegt. Ähnlich wie Bindungssicherheit können wir von Zugehörigkeitssicherheit sprechen. Bindung beschreibt besondere Beziehungen, deren Unterbrechung oder Bedrohung für das Individuum von großer Bedeutung ist. So löst Unterbrechung oder Bedrohung von Zugehörigkeit eine große, vielleicht existenzielle Verunsicherung aus. Wer im Dorf ausgegrenzt oder vertrieben wird, verliert viel: ein soziales Umfeld und den gewohnten, beherrschbaren Handlungsraum. Der Leitaffekt ist wie bei Bindungsstörungen Angst und bei verlорner sozialer Zugehörigkeit depressiver Rückzug.

Aspekte sozialer Zugehörigkeit sind Identität, sozialer Rang, Einkommen, Ansehen und Zugehörigkeit zu Freundes- und Bekanntenkreisen. Ich denke, dass Begriffe wie Würde oder Wert eines Menschen, Selbstwert oder Ehre ihren Resonanzraum finden. Der Maßstab des Selbstwerts vermittelt sich in der sozialen Gruppe. Das Umgehen mit Schwierigkeiten, Widerständen, Abwehr und die Bewältigungsstrategien machen einen wichtigen Teil der Persönlichkeit aus. Der Begriff sozialer Rang macht deutlich, dass es nicht nur Erfolg oder Misserfolg gibt, sondern viele kompromisshafte gesunde und neurotische Zwischenstufen.

Foulkes Plädoyer lautet hier: „Seit vielen Jahren betrachte ich den Patienten vor mir nur als ein Glied in einer langen Kette, in einem ganzen Netzwerk von Interaktionen, welches der eigentliche Ursprungsort sowohl der Krankheit wie auch der Heilung ist. Jede Psychologie müsste sich damit zur sozialen Psychologie entwickeln.“

Frau V. hatte immer wieder Fluchtendenzen: Sie wollte den Stadtteil verlassen, weil der geschiedene Mann dort lebt, sie wollte die Stadt verlassen, weil sie arbeitslos war. Sie litt unter der traumatischen Erfahrung beim Verlust des Arbeitsplatzes (ihr Vorgesetzter war ein schwieriger, narzisstischer Mann, der aktuell vor dem Strafrichter steht) und fürchtete eine Wiederholung an anderen Arbeitsplätzen.

Der depressive Einbruch lässt sich selbstpsychologisch als disrupt-Erfahrung beschreiben oder eben als Bruch der sozialen Zugehörigkeit, Würde und Identität.

Die Dorfschule prägt die Gesellschaft

Die erste Institution der Kultur, die nicht über die Primärfamilie vermittelt wird, ist die Schule. Durch das gegliederte Schulsystem wird ständig die Gefahr der Nicht-Zugehörigkeit thematisiert. Das Nicht-Erreichen des Klassenzieles führt zum Sitzenbleiben oder zur Abschlulung. Lehrer auf dem Gymnasium werden nicht müde zu klagen, über die „vielen Kinder, die nicht hierher gehören“. Die Kinder erleben in der Schule, dass Kameraden oder sie selbst es nicht schaffen und fortgehen müssen.

So lernen die Kinder Be- und Entwertung kennen: Die Bewertung durch Zensuren ist Begleiter im Alltag. Entwertung und Entmutigung sind zu verarbeiten.

Die Zugehörigkeit zur Schulkasse, zum Freundes- und Bezugskreis ist von Leistung und Wohlverhalten abhängig. Wir haben in einer wachen Phase unseres Lebens gelernt, dass die soziale Zugehörigkeit ständig bedroht ist – ich halte das für einen Kernkonflikt unserer Kultur, der in dieser Schärfe in vielen Nachbarländern nicht vorliegt.

Frau V. hat einen Realschulabschluss. Sie hat Einzelhandelskauffrau gelernt und eine Weiterbildung zur Buchhalterin gemacht. Sie ist intelligent und wendig – in einem gebildeteren und stabilerem Elternhaus hätte sie sicher Abitur gemacht.

Unsicherheiten in der Arbeitswelt und Arbeitslosigkeit sind andere Stichworte. Auch das Thema der Menschen mit Migrationshintergrund, die sich zwischen verschiedenen Kulturen bewegen müssen, gehört hierher. Es gibt eine große Angst vor Nicht-Zugehörigkeit, die eines der zentralen Themen der Praxis der Therapeuten ist: Wir können Konflikte klären, Zugehörigkeit zurückfordern, aber auch den Beruf, den Verein, das Land, die Familie wechseln, verändern, neu anfangen. Es ist tägliches Therapeutenbrot, darum zu ringen.

So wie eine sichere Bindung Voraussetzung für Exploration ist, so ist Zugehörigkeit Voraussetzung für soziale Exploration und Verbesserung der eigenen sozialen Position. Ich denke, dass das narzisstische Thema um den Selbstwert ein Thema der Anerkennung durch den Anderen (Altmeyer) und damit ein Thema sozialer Zugehörigkeit und von Objektbeziehungen ist.

An diesem Punkt kann die Gruppenpsychotherapie eine große Stärke ausspielen: Soziale Zugehörigkeit wird erlebt und selbstreflexiv erar-

beitet. Hier ist die Gruppenanalytische Psychotherapie eine größere Herausforderung für die Patienten als Einzelanalyse.

Frau V. konnte sich während der Gruppentherapie von ihrem Ehemann trennen, der viel dagegen unternahm – auch unter Einschaltung der Kinder. Sie konnte sich verlieben, dabei scheitern und einen neuen Partner finden. Sie reichte Privatinsolvenz ein, ging in einen Ein-Euro-Job, bei dem sie viele Unsicherheiten verlor, und konnte schließlich angemessene Arbeit finden. All diese Veränderungen wurden von der Gruppe begleitet – mit unterschiedlichem Engagement. Die Zugehörigkeit zur Gruppe, die ebenso konkret war wie sie symbolisch für die Gesellschaft stand, war für diese Veränderungen dabei wichtig.

Soziale Zugehörigkeit hat ebenso wie Bindung eine enorme Bedeutung für unseren Seelenhaushalt. Wir sind mit unseren Objekten und der sozialen Umgebung verwoben und müssen uns mit den Neurosen und Verwirrungen der Umgebung auseinandersetzen. Identität und Selbstwert sind Aspekte sozialer Zugehörigkeit.

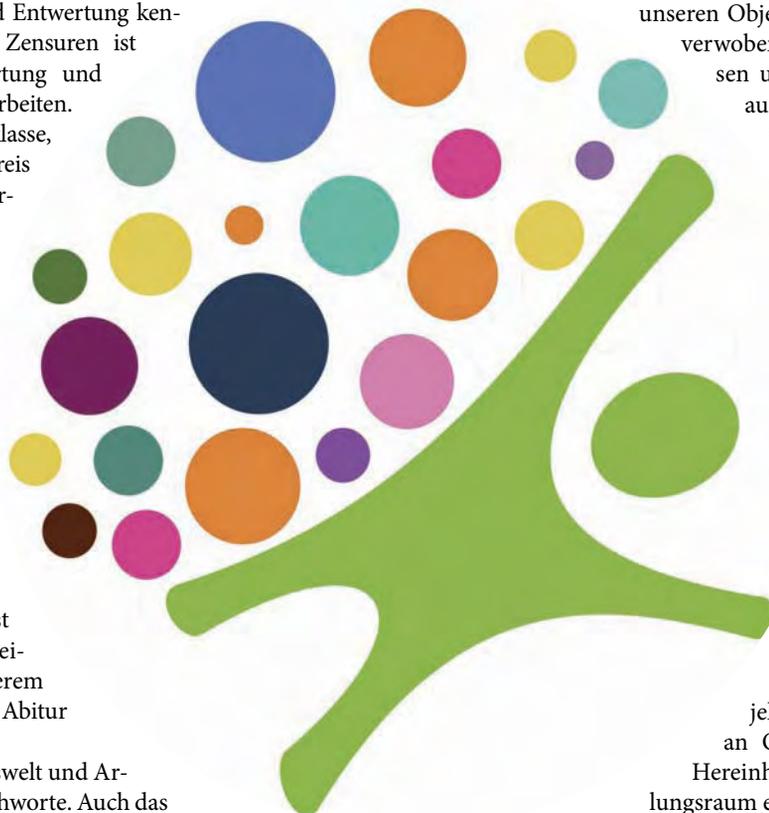
Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse entlastet den Analytiker von den Vorschriften der technischen Neutralität. Sie gibt ihm die Möglichkeit, das lebendige selbstreflexive Gegenüber zu sein, das er ohnehin zumeist war. Dadurch, dass der Psychoanalytiker in seinen Deutungen keine objektive Wissenschaftlichkeit beansprucht, zerspringt neben dem Mythos der Objektivität auch der Mythos einer vollständigen Aufklärung des Unbewussten. Wir sind subjektiv und begrenzt. Annäherungen an Objektivität lassen sich über das Hereinholen der Gruppe in den Behandlungsraum erreichen.

Spezifische Wirkfaktoren, die die Gruppenanalyse von der Einzelanalyse abheben, sind die Auseinandersetzung mit und das Erleben von Mangel, die nicht-selbstinduzierte Vitalität (Miterleben) und intensive, selbstreflexive Auseinandersetzung mit der Fragestellung von Zugehörigkeit und Identität.

Soziale Zugehörigkeit hat eine ähnlich große Bedeutung für unser kognitiv-affektives seelisches Leben und seine Verbiegungen wie die Bindungsthematik.

Literatur beim Verfasser.

Dr. Klaus Augustin ist Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie, Psychiatrie, Psychoanalyse in Hamburg und ist Geschäftsführer der APH, die demnächst einen Weiterbildungsgang in Gruppenpsychotherapie startet. Weitere Informationen unter: www.aph-online.de oder per E-Mail: augustin@aph-online.de.



ritter & peter
TISCHLEREI

EMPFANGSTRESEN

Individuelle Planung und Fertigung
Vielfalt in Form und Farbe
Rufen Sie uns gerne an, Tel. 040-721 99 64
www.ritter-peter.de



Dr. Frank Ulrich Montgomery
Präsident der Ärztekammer
Hamburg und Vizepräsident
der Bundesärztekammer



eArztausweis

Datenschutz-Vorgaben umgesetzt:
Ärztekammer Hamburg gibt erste
elektronische Arztausweise heraus.

Von Sandra Wilsdorf

„Wir sind bestens vorbereitet“

Die Ärztekammer Hamburg gibt elektronische Arztausweise (eArztausweise) an alle Hamburger Ärztinnen und Ärzte heraus, die im Auftrag der Behörde für Soziales, Gesundheit, Familie und Verbraucherschutz Gutachten nach dem Schwerbehindertenrecht erstellen. Mit dem eArztausweis können sie sich im so genannten Gutachterverfahren gegenüber dem Internetportal „GovernmentGateway“ sicher authentifizieren und zukünftig elektronische Dokumente rechtsverbindlich digital unterschreiben. Das Versorgungsamt Hamburg erfüllt damit eine Vorgabe des Hamburgischen Datenschutzbeauftragten.

Zum Hintergrund: Seit März 2008 setzt das Versorgungsamt das Gutachterverfahren im „GovernmentGateway“ zur elektronischen Bearbeitung von Stellungnahmen nach dem Schwerbehindertenrecht ein. Seit Oktober 2008 findet die Bearbeitung ausschließlich in diesem System statt. Aufgrund von Vorgaben des Hamburgischen Datenschutzbeauftragten war von Anfang an klar, dass die einfache Authentifizierung über Kennung und Passwort nur übergangsweise eingesetzt werden durfte. Danach musste ein Verfahren gefunden werden, bei dem die Anmeldung und der elektronische Zugriff auf die schützenswerten Patientendaten über eine qualifizierte digitale Signaturkarte erfolgt. Das Versorgungsamt schlug der Ärztekammer dafür den eArztausweis vor, um damit sicherstellen zu können, dass als Gutachter nur approbierte Ärztinnen und Ärzte am Gutachterverfahren teilnehmen können. Denn Teil des aufwändigen Herausgabeprozesses, den die Ärztekammer für jeden einzelnen eArztausweis durchführt, ist auch, das Arztattribut zu prüfen und zu bestätigen.

Mit dem Procedere vertraut machen

Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Ärztekammer Hamburg, erklärt: „Wir haben das Projekt von Anfang an sehr unterstützt, weil wir darin neben dem inhalt-

lichen Erfordernis auch die Chance sahen, uns für einen zunächst überschaubaren Kreis von Kolleginnen und Kollegen mit dem Procedere vertraut zu machen, welches mit der Herausgabe von elektronischen Arztausweisen verbunden ist. Wenn dann der Startschuss fällt und alle Hamburger Ärztinnen und Ärzte diese beantragen, sind wir darauf bestens vorbereitet.“

Bei der Ärztekammer hat sich zunächst eine Arbeitsgruppe mit dem durch die Vorgaben des Signaturgesetzes aufwändigen Verfahren vertraut gemacht und entsprechende Informationsmaterialien erarbeitet, die den Antragstellern das Verfahren ebenso erleichtern sollen wie den Mitarbeiterinnen im Ärzteverzeichnis, die für die Prüfung und Bearbeitung der Anträge zuständig sind. Um es den Ärzten so unkompliziert wie möglich zu machen, bietet die Kammer darüber hinaus einen besonderen Service an – übrigens ohne dafür Gebühren zu verlangen. So kann der Arzt nach vorheriger Terminabsprache die Anträge in der Kammer von einer der Mitarbeiterinnen des Ärzteverzeichnisses ausfüllen und sich dabei Schritt für Schritt durch den Prozess begleiten lassen. Bei diesem Anlass kann auch gleich die erforderliche Personenidentifizierung des Antragstellers erfolgen. Dieses so genannte „KammerIdent“ ist weniger fehleranfällig und für den Antragsteller komfortabler als alternative externe Identifizierungsverfahren wie beispielsweise das PostIdent, weil bei der Ärztekammer gleichzeitig Qualitätssicherungsschritte durchgeführt werden, die sonst der Antragsteller allein vornehmen muss.

Sicherheitsanforderungen erfüllt

Die Mitarbeiterinnen des Ärzteverzeichnisses und andere Kolleginnen und Kollegen der Kammer wurden hierfür speziell weitergebildet und die Ärztekammer Hamburg dafür von dem TÜV-Informationstechnik durch eine „Umsetzungsprüfung des KammerIdent-Verfahrens



Den neuen Arztausweis können ab sofort alle Ärztinnen und Ärzte erproben – allerdings ist es noch die „Generation 0“

der Ärztekammern/Zahnärztekammern“ erfolgreich zertifiziert. Die Ärztekammer Hamburg war damit die bundesweit dritte Ärztekammer, die nachgewiesen hat, dass sie die hohen gesetzlichen Sicherheitsanforderungen zur Personenidentifizierung im Rahmen der Herausgabe elektronischer Arztausweise erfüllt. Doch zurück zu den Gutachtern, Sie brauchen für den Einsatz des eArztausweises im GovernmentGateway neben dem Ausweis zugelassene „Signaturanwendungskomponenten“, also Kartenlesegerät und Software. Beides kauft das Versorgungsamt und stellt es den Gutachtern leihweise und kostenlos zur Verfügung.

„Verzeichnisdienst“ notwendig

Die Inhaber von eArztausweisen müssen für die Nutzung der Signaturkarte einen Vertrag mit einem Zertifizierungsdiensteanbieter (ZDA) abschließen. Der ZDA produziert die Ausweise und leistet, gegen eine geringe Gebühr, während der Gültigkeitsdauer den so genannten „Verzeichnisdienst“. Denn um eine elektronische Signatur überprüfen zu können, muss jederzeit von einer vertrauenswürdigen Stelle zu erfahren sein, ob das jeweilige Signatur-Zertifikat existiert, gültig und nicht gesperrt ist. Derzeit ist in Hamburg nur der akkreditierte ZDA medesign für die Ausgabe der eArztausweise zugelassen. Die Gebühr lässt sich im Einzelfall durch die Nutzung von Sponsoringvorteilen senken. So erhält Gutschriften, wer den eArztausweis für das Online-Banking mit eTAN der apoBank oder für die privatärztliche Online-Verrechnung der PVS-SH/HH nutzt.

„Generation 0“

Natürlich können auch andere Ärztinnen und Ärzte ab sofort den elektronischen Arztausweis beantragen und erproben, was sie ohnehin eines Tages brauchen werden. Allerdings gehören die momentan ausgegebenen Ausweise der „Generation 0“ an. Mit der zukünftigen elektronischen Gesundheitskarte der Versicherten (eGK) sind diese nicht kompatibel. Matthias Beyer, Projektleiter elektronischer Arztausweis und Leiter der IT-Abteilung der Ärztekammer, weist auf noch eine Besonderheit hin: „Wechselt ein

Arzt den Kammerbereich, so ist zurzeit die Ärztekammer noch verpflichtet, den elektronischen Arztausweis zu sperren. Nur so könnte im Falle eines Approbationsentzugs das Attribut „Ärztin/Arzt“ gesperrt werden.“ Diese umständliche Bedingung werde jedoch sukzessive entfallen. Sobald alle Kammern elektronische Arztausweise ausgeben, wird sie überflüssig. „Wann immer der elektronische Arztausweis verpflichtend kommt: Wir könnten sofort loslegen“, so Kammerpräsident Montgomery.



RECHTSANWÄLTE WIGGE

BERATUNG IM MEDIZINRECHT

Innovative Strategien und Konzepte für Ärzte

- Vertragsarztrecht
- Psychotherapeutenrecht
- Berufsrecht
- Kooperations- und Vertragsgestaltung
- Innovative Versorgungsformen
- MVZ und Integrierte Versorgung
- Gebühren- und Abrechnungsfragen
- Arzthaftungsrecht

Valentinskamp 24 · 20354 Hamburg

T +49 (0) 40 / 82 22 61 - 430

www.ra-wigge.de · kanzlei@ra-wigge.de

MÜNSTER . HAMBURG . LÜDINGHAUSEN

eArztausweis Aus datenschutzrechtlichen Gründen müssen sich Gutachter zukünftig mit einer qualifizierten digitalen Signatur im Verfahren des Versorgungsamtes anmelden.

Von Dr. Marie-Luise Kölln, Matthias Kruse

Erster Einsatz für Gutachter

Für das Versorgungsamt Hamburg (VA Hamburg) sind zurzeit 60 externe Gutachterinnen und Gutachter verschiedener Fachrichtungen tätig. Sie erarbeiten im Rahmen des Schwerbehindertenrechtes ärztliche Stellungnahmen. Seit Oktober 2008 erfolgt die externe Bearbeitung ausschließlich über das internetbasierte Gutachterverfahren im neuen EDV-System Schweb.

NET. Aus datenschutzrechtlichen Gründen müssen sich die Gutachter zukünftig mit einer qualifizierten digitalen Signatur im

Verfahren anmelden. Das VA Hamburg will darüber hinaus garantieren, dass die Bearbeitung der gutachtlichen Stellungnahmen nur durch approbierte Ärzte erfolgt. Das leistet nur der neue elektronische Arztausweis (eArztausweis), der neben der qualifizierten digitalen Signatur auch das Arztattribut beinhaltet.

Gemeinsames Pilotprojekt gestartet

Im Laufe des Jahres 2009 entstand daher ein Pilotprojekt des VA Hamburg und der Ärztekammer Hamburg zum Einsatz des eArztausweises für die Anmeldung im Gutachterverfahren. Nach konstruktiver gemeinsamer Planung fand am 13.11.2009 in den Räumen der Ärztekammer eine gut besuchte Informationsveranstaltung statt, auf der den betroffenen Gutachtern das Projekt vorgestellt wurde. Seit dieser Veranstaltung haben schon zahlreiche Kolleginnen und Kollegen ihre Arztausweise bei ihrer zuständigen Ärztekammer beantragt. Die benötigte Software und das Kartenlesegerät stellt das Versorgungsamt leihweise zur Verfügung. Darüber hinaus wird das VA Hamburg seine Gutachter bei der Einrichtung der neuen Technik umfassend unterstützen und betreuen.

Die Vorträge zu der Informationsveranstaltung und weitere Hintergrundinformationen stehen auf der Internetseite der Ärztekammer Hamburg unter folgender Adresse bereit: www.aekhh.de/earztausweis.htm.

Ärztliche Begutachtung nach dem Schwerbehindertenrecht

Das VA Hamburg ermittelt auf Antrag des behinderten Menschen den medizinischen Sachverhalt und erteilt nach ärztlicher Stellungnahme einen Bescheid über das Vorliegen einer Behinderung, die Höhe des Grades der Behinderung (GdB) sowie über das Vorliegen gesundheitlicher Merkmale (Merkzeichen). Beträgt der GdB wenigstens 50, wird ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt. Er dient zur Inanspruchnahme von Rechten und Nachteilsausgleichen z. B. beim Arbeitgeber und in öffentlichen Verkehrsmitteln.

Rechtliche Grundlage für die gutachtliche Bewertung sind die Versorgungsmedizinischen Grundsätze (VMG). Sie sind als Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizinverordnung am 1. Januar 2009 in Kraft getreten und ersetzen die Anhaltspunkte für die Ärztliche Gutachtertätigkeit nach dem Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht

(AHP). In Teil B der VMG sind Erfahrungswerte zu den Mindest-GdB-Werten für häufig vorkommende Gesundheitsstörungen, untergliedert nach den Funktionssystemen des menschlichen Körpers aufgeführt sowie die Fristen zur Nachuntersuchung. In Teil C finden sich die Bedingungen für die Vergabe der Merkzeichen.

Oft einzige Informationsquelle

In der Regel erfolgt die Bewertung der Behinderung nach Aktenlage. Eine zentrale Stellung nehmen dabei die ärztlichen Befundberichte ein. Oft sind sie die einzigen Informationsquellen, die Aufschluss über das Ausmaß der Behinderung geben können.

Die Auswertung der Befunde erfolgt durch ärztliche Gutachter. Sie „übersetzen“ die medizinischen Diagnosen in Gesundheitsstörungen und bewerten ihre Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Die Gutachter machen Vorschläge, die Verwaltung trifft die Entscheidung. Bis 1999 verwendeten die Gutachter freie Leidensbezeichnungen. Die GdB-Bewertung erfolgte auf der Ebene der Funktionssysteme. Aus den Teil-GdB-Werten wurde unter Berücksichtigung der Vorgaben der AHP der Gesamt-GdB gebildet und geprüft, ob die Voraussetzungen für die Vergabe von Merkzeichen erfüllt waren.

Ab dem Jahr 2000 wurden standardisierte Behinderungsbezeichnungen verwendet, die über eine Chiffrierung als Autotexte in Textverarbeitungssystemen nutzbar waren.

Schweb.NET

Im August 2006 begann die Einführung des gemeinsam mit der Firma Synios entwickelten Workflow basierten EDV-Systems Schweb.NET. Es umfasst alle Verfahrensarten des Schwerbehindertenrechts, von der Erstfeststellung bis zu den Gerichtsverfahren. Alle beteiligten Referate des Versorgungsamtes sind vollständig eingebunden.

Der ärztliche Teil ist als Abarbeitungsprogramm konzipiert und gründet sich auf eine dreistufige Bewertung der Behinderungen auf den Ebenen Gesundheitsstörung, Funktionssystem und Gesamtbehinderung. Die Wissensdatenbank Gesundheit umfasst alle Gesundheitsstörungen der GdB-Tabelle der Anhaltspunkte (Teil B der VMG), gegliedert nach Funktionssystemen. Zu jeder Gesundheitsstörung sind der zugehörige Text der AHP (VMG), die Einstufungen mit GdB-Spannen und die Voraussetzungen für die automatische Vergabe von Merkzeichen und Nachuntersuchungsterminen hinterlegt. Die zugehörigen Erklärungen erleichtern die Einschätzung des Schweregrades der Gesundheitsstörungen. Die Gesundheitsstammdaten können jederzeit flexibel und Instanzen sicher angepasst werden.

Der ärztliche Teil von Schweb.NET erhöht die Einheitlichkeit und Transparenz der ärztlichen Stellungnahmen, insbesondere auch in Folgeverfahren. Hier wird eine exakte Kopie der vorherigen Stellungnahme angezeigt, in der nur noch die erforderlichen Änderungen vorgenommen werden müssen. Schweb.NET stellt eine einheitliche und gleichmäßige Bewertung sicher, reduziert die erforderlichen Überprüfungen von gutachtlichen Stellungnahmen und trägt zur Qualitätssicherung bei.

Das Internetportal HamburgService

Die externen Gutachter arbeiten seit Oktober 2008 ausschließlich über das Internetportal HamburgService im

Gutachterverfahren (GUV). Ihre Eingaben im GUV erfolgen direkt auf der Schweb.NET-Datenbank. Die externen Gutachter haben nur Zugriff auf die eigenen Aufträge mit den für die Bearbeitung notwendigen Angaben einschließlich der Wissensdatenbank Gesundheit.

Das GUV wird über das Internetportal HamburgService (GovernmentGateway) des öffentlich-rechtlichen Dienstleisters Dataport aufgerufen. Für die Anmeldung in dem Portal stehen verschiedene Sicherheitsstufen zur Verfügung. Nach Ablauf der Einführungsphase, während derer die Anmeldung über Kennung und Passwort zugelassen war, tritt jetzt die höchste vom Datenschützer geforderte Sicherheitsstufe in Kraft. Die Anmeldung muss dann mit Hilfe einer Signaturkarte vorgenommen werden. In dem Portal hinterlegt jeder Benutzer ein Zertifikat, so dass jede Signaturkarte eindeutig einem Benutzer zugeordnet werden kann. Die Signaturkarte ist zusätzlich mit einer PIN gesichert.

Das Versorgungsamt Hamburg will im Interesse der Antragsteller darüber hinaus sicherstellen, dass es sich bei den Benutzern um Ärzte handelt. Deshalb muss die digitale Signaturkarte zusätzlich das Arztattribut enthalten. Für diesen Einsatzbereich ist nur der eArzttausweis geeignet. Im Rahmen des Pilotprojektes können die Gutachter über die Ärztekammer Hamburg bereits jetzt den eArzttausweis beantragen.

Dr. Marie-Luise Kölln und **Matthias Kruse** arbeiten in der Fachlichen Leitstelle des Versorgungsamtes der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG).

EINE NIEDERLASSUNG WIRFT VIELE FRAGEN AUF. Hier finden Sie Antworten.

Wenn Sie in den nächsten 1-2 Jahren eine Niederlassung in eigener Praxis, einem MVZ oder einer Berufsausübungsgemeinschaft planen oder sich gerade neu niedergelassen haben, gibt es viele Fragen und noch mehr zu beachten.

Die MediTool AG – das Unternehmen mit dem Know-how der KV – bietet Ihnen eine

3-teilige Seminarreihe zur Praxisgründung und Praxisneuniederlassung.

In unabhängigen Veranstaltungen in Kooperation mit der KV Hamburg informieren wir Sie u.a. über folgende Themen, die bei einer Niederlassung auf Sie zukommen:

- **rechtliche Voraussetzungen**
(aus Sicht der KV und aus Sicht eines Anwalts)
- **steuerliche Voraussetzungen**
- **Finanzplanung**
- **vertragliche Gestaltung**
- **betriebswirtschaftliche Fragestellungen**
- **alles Rund um die Kassenärztliche Vereinigung**
(Abrechnung, Qualitätssicherung, QM, Wirtschaftlichkeitsprüfung etc.)
- **„Mein erstes Jahr in der Praxis“** – Erfahrungsbericht eines Arztes
- **Kommunikation und Marketing**

Die Veranstaltungstermine:

Modul 1 - 20.02.2010 – strategische, juristische und steuerliche Aspekte der Niederlassung

Modul 2 - 27.02.2010 – Betriebswirtschaftliche und finanzplanerische Aspekte der Niederlassung

Modul 3 - 06.03.2010 – die praktische Umsetzung in der (Arzt-)Praxis

Die ganztägige Veranstaltung beginnt um 09.00 Uhr. Veranstaltungsort ist das Ärztehaus Hamburg in der Humboldtstraße 56. Die Teilnahmekosten betragen € 80,- pro Modul oder € 200,- für die Teilnahme an allen Modulen. Die Anzahl der Teilnehmer ist limitiert.

Weitere Informationen erhalten Sie bei der MediTool AG unter **040 / 600 850 71/72** oder im Internet unter **www.meditool-ag.de**. Informationsunterlagen können Sie anfordern unter **info@meditool-ag.de**.

MEDITOOL AG ▶
So einfach kann's laufen.

Walter Plassmann
Stellvertretender Vorsitzender
der KV Hamburg



Hausärztliche Versorgung

Ob im Alleingang oder mit der KV ist für die Hausärzte eine von vielen Fragen. Ihnen bricht der Nachwuchs weg. Und das ist nicht nur eine Frage des Geldes.

Von *Walter Plassmann*

Hausarzt am Scheideweg

Dr. Gerhard Lange-Manchot platzte der Kragen. Seit einer Stunde diskutierten die im großen Saal des Ärztehauses versammelten Hausärztinnen und Hausärzte die Vor- und Nachteile einer Pauschale als Honorierung hausärztlicher Leistungen: „Wenn ich 80 Euro im Quartal dafür bekomme, dass ich mich tagtäglich um eine Patientin kümmerge, die zu Hause stirbt, dann fühle ich mich verhöhnt“, schleuderte der in Hohenfelde praktizierende Allgemeinarzt wütend in den Saal, „aber wenn ich 80 Euro dafür bekomme, dass ich den Bienenstich bei einem Kind behandle, dann schäme ich mich!“

Lange-Manchots Analyse bringt das aktuelle Dilemma der hausärztlichen Medizin auf den Punkt. Unbestreitbar gibt es Probleme in der hausärztlichen Versorgung – die in der Zukunft auch noch wachsen dürften. Aber die aktuelle politische Diskussion wird ausschließlich von der Frage beherrscht, ob der vom Hausärzteverband eingeschlagene Separat-Weg mit einer alles umfassenden Pauschalhonorierung der Königsweg ist. Dabei spricht vieles dafür, dass die Pauschale alles andere als eine Lösung ist, sondern vielmehr eine Schimäre, die einer eigenständigen hausärztlichen Versorgung endgültig den Garaus machen kann.

Fülle von Problemen

Die hausärztliche Versorgung steht vor einer Fülle von Problemen:

- Noch immer fühlen sich die meisten Hausärzte unterbezahlt – wobei dies nach Jahren des überdurchschnittlich großen Honorarzuwachses (auch in Hamburg) derzeit eher in Relation zum Arbeitsaufwand gesetzt wird als in Relation zu anderen Arztgruppen.
- Die Hausärzte fühlen sich in einem Strudel unterschiedlichster Dokumentations- und Formularpflichten, die ihnen mehr als andere Arztgruppen Zeit für die Patienten und Nerven rauben.
- Im Gefüge der Arztgruppen fühlen sich die Hausärzte häufig noch immer zurückgesetzt. Das böse Wort vom „Treppenterrier“ ist noch nicht aus der Welt.

- Auf der anderen Seite prasselt vergiftetes Lob auf die Hausärzte herab, wenn ihre „Lotsenfunktion“ im Gesundheitswesen allenthalben propagiert, im selben Atemzug aber darauf hingewiesen wird, dass die aktuelle Weiterbildung hierauf aber leider noch zu wenig eingehe – will sagen, dass die aktuell tätigen Hausärzte diese Arbeit gar nicht suffizient wahrnehmen könnten.

- Den Hausärzten bricht der Nachwuchs weg. In vielen Landstrichen Deutschlands lassen sich vakante Hausarztpraxen noch nicht einmal mit viel Geld nachbesetzen. Selbst in einer Metropole wie Hamburg zeigen sich erste Verdünnungs-Effekte.

- Nichtärztliche Berufe drängen massiv darauf, Teilbereiche aus dem Vertragsarzt-Vorbehalt herauszuberechnen. Ob das weiterqualifizierte Arzthelferinnen sind (VER-AH, Agnes) oder die Palliativ-Care-Teams oder Diät-Assistenten – von allen Seiten übernehmen nichtärztliche Berufe unter dem Deckmäntelchen der Entlastung ehemals den Ärzten vorbehaltene Arbeiten. Doch dies birgt – zusammen mit dem drohenden Hausarztmangel – die große Gefahr, dass solche Aufgaben dauerhaft den Ärzten entzogen werden.

Erste fühlbare Schäden

Schon diese Aufzählung – die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt – zeigt, wie vielfältig die Probleme sind und dass die bloße Änderung des Honorarsystems viele Probleme gar nicht tangiert. Die Gefahren einer ausschließlich auf das Honorar abzielenden Politik sind größer als der mögliche Nutzen – und die ersten fühlbaren Schäden stehen unmittelbar vor der Tür.

Das fängt damit an, dass die aktuell als Richtgröße geltenden 80 Euro Quartalspauschale einen Abstand zur KV-Honorierung vorgaukeln, der so groß gar nicht ist. Rechnet man den gleichen Leistungsumfang, liegen viele KV-Fallwerte nur wenig unter 80 Euro. Zudem müssen aus der Pauschale auch alle Kosten bedient werden. Es gibt also beispielsweise keine Wegepauschale für die Hausbesuchsfahrten, keine Portoerstattung und es gibt

vor allem auch keine Erstattung für veranlasste Laborleistungen. Je nach Fallgestaltung belasten diese Faktoren die Pauschale ganz erheblich.

Zusatzpauschalen, die rechnerisch in die „80 Euro“ eingerechnet sind, wurden von den teilnehmenden Hausärzten offenbar auch häufig falsch verstanden. So musste der Bayerische Hausarztverband im AOK-Vertrag die „besondere Betreuungspauschale“ bereits quotieren – auf 50 Prozent. Die Hausärzte hatten sie gleichgesetzt mit der „Chroniker-Pauschale“ des EBM, doch der Leistungsinhalt der „Besonderen Betreuungspauschale“ ist deutlich anspruchsvoller und muss in jedem Quartal neu erbracht werden.

Gleichzeitig bemerkte die KV Bayerns, dass die aus der hausarztzentrierten Versorgung heraus ausgelösten Leistungen dramatisch zugenommen haben. So wurden Versicherte, die an diesem Vertrag teilnehmen, um elf Prozent häufiger zum Facharzt überwiesen als „normale“ Patienten; der KV-Notdienst wurde gar um 20 Prozent häufiger in Anspruch genommen. Hieraus resultiert ein Ersatzanspruch der KV gegenüber der AOK von rund 16 Millionen Euro – in nur einem Quartal.

Fixierung auf Honorarthemen

Die bloße Fixierung auf Honorarthemen schlägt auch an anderer Stelle auf die Hausärzte zurück. So gehört es zum Standard-Repertoire der berufspolitischen Klagen des Hausärzterverbandes, dass der wesentliche Grund für die beklagten Honorardefizite darin liege, dass die Honorare von Haus- und Fachärzten nicht strikt getrennt seien. Eine solche Trennung war bis Ende 2008 gesetzlich vorgeschrieben, seit diesem Jahr wird sie über einen (verbindlichen) Beschluss des Bewertungsausschusses sicher gestellt.

Doch der Druck auf die KBV ließ nicht nach, so dass KBV und KVen nun beschlossen haben, eine endgültige, feste und irreversible Trennung vorzunehmen. Der Haken bei diesem Vorgehen ist, dass auch die Zahlungen im Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) getrennt werden müssen. Solche Zahlungen entstehen, wenn ein Arzt einen Patienten behandelt, der in einem anderen KV-Bereich wohnt. Die dabei entstandenen Kosten holt sich die „Arzt-KV“ von der KV, in der der Patient wohnt. In der KV Hamburg sind die FKZ-Anteile am Honorar mit mehr als 20 Prozent bundesweit am höchsten – was an der Metropolfunktion der Hansestadt liegt. Bislang werden diese Gelder in die Verteilung eingestellt, bevor die Vergütung getrennt wird – damit werden sie im Verhältnis der Trennung aufgeteilt, in Hamburg also ca. 35 Prozent für den haus- und ca. 65 Prozent für den fachärztlichen Teil. Tatsächlich werden aber die Leistungen im FKZ zu rund 20 Prozent von Haus- und rund 80 Prozent von Fachärzten erbracht. Überträgt man diese Anteile auf die haus- und fachärztlichen Vergütungen, resultiert daraus in Hamburg ein deutlicher Honorarfluss von den Haus- zu den Fachärzten.

In der Vertreterversammlung der KBV hat sich der Hamburger KV-Vorstand dafür eingesetzt, diesen Honorarfluss in mehreren Schritten vornehmen zu können, um den Umstieg zu erleichtern. Doch ausgerechnet Hausärzte aus anderen KVen versuchten, diesen Antrag zu torpedieren. Er wurde schließlich an den Vorstand der KBV überwiesen, die nun versuchen will, eine entsprechende „Konvergenz“ in die Beschlüsse zu verhandeln. Die

Debatte zeigte aber, wie absurd die Diskussion aus den Schützengräben mittlerweile geworden ist.

Und sie zeigt, dass kein hausärztliches Problem gelöst wird, wenn man ausschließlich das Honorar im Blick hat. Inzwischen sind die Hausärzte bundesweit vom letzten Platz der (fragwürdigen) Honorar-Rangliste der Arztgruppen weggekommen und haben in den vergangenen Jahren deutlich höhere Zuwächse erzielt als der fachärztliche Durchschnitt.

Höhere Attraktivität für den Nachwuchs

Mehr Zufriedenheit im Hausarzt-Beruf und eine höhere Attraktivität für den Nachwuchs muss mit anderen Methoden erzielt werden:

- Da ist zunächst die Pauschale. Sie ist leistungsfeindlich, bildet das Tun des Arztes nicht ab und ebnet bestehende Unterschiede ein. Leistungsgerechter und zufriedenstellender wäre ein System mit einer Art Vorhaltepauschale für die Praxiskosten und Einzelleistungen für das, was der Arzt tatsächlich getan hat. Hierbei müssen allerdings viele Leistungen, die er derzeit ohne Honorar erbringt, weil sie vom EBM gar nicht erfasst werden, bewertet werden: Teilnahme an Konsilen, Schnittstellen-Management bei Klinik-Entlassung und viele Koordinationsleistungen zählen unter anderem hierzu.

- Die Rolle des Hausarztes in der Versorgungskette muss klar definiert sein. Es ist kontraproduktiv, sich in die Wagenburg einer hausarztzentrierten Versorgung zurückzuziehen. Wagenburgen werden über kurz oder lang immer geschleift. Zukunftssicherer wäre es dagegen, die Aufträge der Versorgungsebenen festzulegen – wie es in den DMP erfolgreich funktioniert. Das „Versorgungsebenen-Konzept“ der KBV bietet hierzu viele gute Ansätze.

- Die Hausarztmedizin muss noch sehr viel stärker in die ärztliche Aus- und Weiterbildung einbezogen werden. Es ist ein himmelweiter Unterschied, ob man mit Medizinstudenten arbeitet bevor sie ihr Hausarztpraktikum gemacht haben oder hinterher. Erst „vor Ort“ haben sie verstanden, wie spannend Hausarztmedizin ist. Diese Erfahrungen müssen sie immer wieder machen, um das Interesse an der Hausarztweiterbildung zu wecken und wach zu halten.

- In Weiterbildungsverbänden muss angehenden Hausärzten eine effiziente und sichere Weiterbildung organisiert werden. In Hamburg haben sich die Partner – Kammer, KV, Krankenhäuser – hierzu gerade zusammengeschlossen.

- Besonders die Hausarztpraxis muss von Bürokratie entlastet werden. Da entgegen einem unausrottbaren Vorurteil der wesentliche Teil der Bürokratie nicht vom KV-System verursacht wurde, sondern vom Gesetzgeber, kann ein erfolgversprechender Ansatz nur darin liegen, die Bürokratie zu vereinfachen. Notwendiges Instrument hierzu ist ein elektronisches Kommunikationssystem mit der KV. Auch dies wird derzeit mit Hochdruck aufgebaut.

Diese Maßnahmen werden jedoch nicht in wenigen Wochen Wirkung entfalten. Es war ein jahrelanger Prozess, in dem die Hausarztmedizin an Ansehen verlor und es wird wieder Jahre dauern, bis sich das Image gewandelt hat. Aber wir müssen heute mit dieser Arbeit beginnen. Grabenkämpfe waren gestern, im Zentrum des Morgen steht die geordnete Kooperation.

SICHER VERORDNEN

Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Telefon: 02 11 / 43 02-15 60

*Darbepoetin alfa***Schlaganfallrisiko**

Eine hochsignifikante Steigerung des Schlaganfallrisikos in der Verumgruppe (Darbepoetin, Aranesp®) der TREAT-Studie bei Diabetikern mit nicht dialysepflichtiger Niereninsuffizienz stellt die Steigerung des Hämoglobinwertes durch Wirkstoffe, die die Erythropoese fördern (ESA), erneut in Frage. Kardiovaskuläre Ereignisse und Dialysepflichtigkeit/Tod waren nicht signifikant erhöht.

Neben anderen Risiken (z.B. Krebsverdacht) wurde in früheren Jahren eine Verkürzung der Überlebensdauer bei Krebspatienten durch ESA beobachtet. Dies war Anlass für eine Indikationseinschränkung (Therapie nur noch indiziert bei einer Anämie als Folge einer Chemotherapie). Eine Einstellung auf obere Hb-Grenzwerte von 13 g/dl scheint überholt und weitere Studien, um Untergruppen zu eruieren, die von einer Therapie mit ESA profitieren, sollten medizinisch hinterfragt werden.

Quelle: www.aerzteblatt.de

*Fluorescein***Überempfindlichkeitsreaktionen**

Diagnostika sollten generell mit geringeren unerwünschten Wirkungen (UAW) verbunden sein als therapeutisch angewandter Arzneistoffe. Der Hersteller von Fluorescein, einem Diagnostikum zur Angiographie des Augenhintergrundes, warnt aktuell vor Unverträglichkeitsreaktionen bis hin zum anaphylaktischen Schock. Patienten sollten daher während der Untersuchung und mindestens 30 Minuten danach engmaschig überwacht und Notfallbesteck für eine Wiederbelebung bereitgehalten werden. Bei Risikopatienten (ältere Patienten mit Grunderkrankungen wie kardiovaskuläre Erkrankungen, jedoch auch Patienten mit Begleitmedikationen wie betablockerhaltige Augentropfen) sollten Nutzen und Risiko einer Angiographie sorgfältig abgewogen werden, zu erwägen sind auch Prämedikationen wie orale H1-Antihistaminika und Kortikosteroide in Sonderfällen.

Quelle: *AkdÄ Drug Safety Mail 2009-078*

*Orale Kontrazeptiva***Thromboembolierisiko**

Bereits 1989 informierte die AkdÄ über den Verdacht, dass Gestoden/Desogestrel-haltige orale Kontrazeptiva (Gestagene der 3. Generation, im Gegensatz zu Levonorgestrel, ein Gestagen der 2. Generation) ein erhöhtes Thromboembolierisiko (VTE) haben könnten. Nach einer Bekanntgabe stiegen damals die Verdachtsmeldungen zu allen Kontrazeptiva an, mit entsprechend erhöhten Fallzahlen unter Gestoden/Desogestrel. Sowohl Hersteller als auch Fachverbände und einzelne Experten widersprachen den Vermutungen.

Nach einem aktuellen Kommentar erfolgte nun eine späte Bestätigung der damaligen Ergebnisse: das VTE-Risiko unter den Pillen der 3. Generation ist nach neuen Studien etwa doppelt so hoch wie das unter der 2. Generation, hängt also stark von dem jeweiligen Gestagen ab. Auch die neuen,

Drospirenon-haltigen Antibabypillen (mit so harmlos klingenden Handelsnamen wie z. B. aida®, Angelique®, Petibelle®, Yasmin®, Yasminelle®, Yaz®) sind hinsichtlich des zwar generell niedrigen, jedoch potentiell tödlichen VTE-Risikos (Levonorgestrel circa 9 pro 10.000 Frauenjahre, ohne Pille 4,4) nicht frei zu sprechen: im Gegenteil, auch ihr VTE-Risiko scheint höher zu sein als das der Kontrazeptiva der 2. Generation. Die Studienergebnisse werden derzeit von unserer Arzneimittelbehörde BfArM und der anderer EU-Staaten geprüft.

Nachdem eine Ärztin wegen mangelnder Aufklärung verurteilt wurde, sollte insbesondere bei der ersten Verordnung eines Kontrazeptivums, auf Risikofaktoren geachtet (z. B. genetische Faktoren wie Faktor-5-Leyden-Mutation, Thrombosen in der Anamnese, Rauchen, Übergewicht) und die Patienten entsprechend informiert werden.

Levonorgestrel-haltige Kontrazeptiva: z. B. Levogyon®, Microlut®; Gestoden-haltige Kontrazeptiva: z. B. Femovan®, Minulet®; Desogestrel-haltige Kontrazeptiva: z. B. Cerazette®.

Quellen: *Eur.J.Clin.Pharmacol.* 1989; 36 (Suppl.): A 170; *Pharm. Ztg.* 2009; 154: 3350

*Antidiabetika***Blick zurück und nach vorn**

Noch bis in die 20er Jahre des vergangenen Jahrhunderts wurden in der Diabetes-Therapie Mittel eingesetzt, die bis auf diätetische Maßnahmen fast alle enttäuschten. Opium wurde bereits in der Antike eingesetzt (Verringerung der Glukosurie und des Hunger-/Durstgefühls), die Einnahme von rohem Pankreas führte zum Abbruch wegen Übelkeit, Heilpflanzen (z. B. Samen der Javapflaume, Bohnenschalen, Heidelbeeren) zeigten in Studien geringe positive Effekte, derzeitige Untersuchungen weisen u. a. eine geringe Wirkung als Insulinsensitizer ähnlich den Glitazonen oder eine Hemmung kohlenhydratspaltender Enzyme ähnlich der Acarbose nach. Sog. Geheimmittel und betrügerische Marktkonzepte (z. B. Röhrenmark von Rinderknochen) waren nicht selten. Bei empfohlenen Brunnenkuren wirkte vor allem der Kuraufenthalt, diskutiert wird zusätzlich eine Verminderung der Insulinresistenz durch bikarbonathaltige Heilwässer.

Insuline und orale Antidiabetika haben der früher immer relativ schnell zu einem qualvollen Tode führenden Erkrankung ihren Schrecken genommen. Neue Therapieprinzipien sind zu erwarten. Zu bedenken ist jedoch, dass

- eine Änderung der Lebensgewohnheiten (z. B. diätetische Maßnahmen, Bewegung) sowie eine ausführliche Beratung Basis jeder Therapie sind, insbesondere der des Diabetes mellitus Typ II.

- die Risiken neuer oraler/parenteraler Antidiabetika wie z. B. Glitazone oder Inkretinmimetika wie Exenatid – aber auch moderner Insulinanaloga – noch nicht völlig abschätzbar sind.

- auch ältere Antidiabetika wie Metformin in neuen Studien noch überraschende positive Effekte zeigen können (z. B. auch in Kombination mit Insulinen Verringerung makrovaskulärer Erkrankungen).

Quellen: *Pharm. Ztg.* 2009; 154: 3920; *Arch.Intern.med.* 2009; 169: 616

TERMIKALENDER

Der Kalender erhebt aufgrund der Vielzahl an Terminen keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Jeder Termin wird nur einmal veröffentlicht.

Zeit	Thema	Veranstalter/Auskunft	Ort
Montag, 8. Februar, 17 – 19 Uhr	Arbeitsmed. Falldemonstration u. Fallbesprechung „Mitgebrachte eigene Fälle“ (4 P)	Zentralinstitut für Arbeitsmedizin u. Maritime Medizin, Tel.: 42 88 94-501	ZfAM, Seewartenstr. 10
Montags, 15.30 – 16.30, mittwochs 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz (4 P)	AK Altona, Tumorklinik	Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Montags, 19 Uhr	Interdisziplinäre Fallkonferenz (Fallanmeldung bei Dr. Maaßen unter Tel.: 18 18 86-23 41, Fax: -21 49 möglich)	Brustzentrum Hamburg-Süd	Besprechungsraum
Jd. 1. Montag im Monat, 8.15 Uhr	Klinisch-Pathologische Konferenz	Marienkrankehaus, Institut für Pathologie, Anmeldung unter Tel.: 25 46-27 02	Hörsaal der Pathologie
Jd. 1. Montag im Monat, 11 – 13 Uhr	Aktuelle Themen der Arbeitsmedizin	Betriebsarzt-Zentrum Merkel, Dr. Haebelin, Tel.: 75 12 11	Betriebsarzt-Zentrum, Wilhelm-Strauß-Weg 4
Jd. 1. u. 3. Montag im Monat, 16 – 17 Uhr	Innerbetriebliche chirurgische Fortbildung mit auswärtigen Referenten	Asklepios Klinik Harburg, Chirurgie	IBF-Raum Haus 3, 1. OG
Dienstag, 26. Januar, 19.30 Uhr	„Morbus Parkinson“	Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg, Tel.: 22 72 88 19	Ärztelhaus, Humboldtstr. 56
Dienstag, 26. Januar, 20 Uhr c.t.	„Pankreatitis: Was ist neu?“ Aktuelle Aspekte bei Klinik, Diagnostik und Therapie (4 P)	Labor Lademannbogen, Anm. unter Tel.: 53805-164	Lademannbogen 61
Dienstags u. donnerstags, 7.30 – 8.30 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz	Marienkrankehaus, Zentrum Innere Medizin, Anmeldung unter Tel.: 25 46-25 02	Haus 1, Institut für Radiologie, Demoraum
Dienstags, 16 Uhr	Chirurgische Facharztfortbildung	Bethesda AK Bergedorf	Konferenzraum 1
Jd. 1. Dienstag im Monat, 19.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz, Abt. Psychosomatik u. Schmerztherapie, Abt. Anästhesie	Asklepios Westklinikum/ Herr Lehmann (81 91-0), Herr Lauk (81 91-25 15)	Konferenzraum, Haus 10
Jd. 2. Dienstag im Monat, 19 Uhr	Interdisziplinäre, nach außen offene Bergedorfer Schmerzkonzferenz (4 P)	Aktivion MVZ Dr. Soyka u. Dr. Lipke, Anm. unter Tel.: 73 09 23 92	Seminarraum, Praxisklinik Bergedorf, Alte Holstenstr. 2
Jd. 4. Dienstag im Monat, 19 – 20.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz (3 P)	UKE, Kopfschmerzambulanz der Neurologischen Klinik, Tel.: 42803-9189	Gebäude S10, 3. Stock, Seminarraum
Jd. 4. Dienstag im Monat, 20 Uhr	Qualitätszirkel „MRT in der Orthopädie“	Arbeitsgem. Hamburger Orthopäden/ Dr. Rüter, Tel.: 23 84 30-42, Fax: -45	Radiolog. Privatpraxis Finkenstaedt/Maas, Raboisen 40
Alle 2 Monate dienstags, 18 – 20 Uhr	2.2.: Informationsveranstaltung „Kinderherzprogramm“	UKE, Kinderherzchirurgie, Fr. Barbara Remberg, Tel.: 7410-58221 o. b.remberg@uke.de	Universitäres Herzzentrum HH, Gebäude N23, EG
Mittwoch, 20. Januar, 16 – 19 Uhr	Fortbildungsreihe „Pränatale Medizin“	Endokrinologikum, Anm. unter Tel.: 33 44 11-99 66 o. seminare@endokrinologikum.com	Seminarraum Aquarium, Lornsenstr. 4-6
Mittwoch, 27. Januar, 18.30 – 22 Uhr	„Thrombosedagnostik mittels Venenkompressions-sonographie“	Marienkrankehaus, Anmeldung unter Tel.: 25 46-21 02	Hörsaal der Pathologie, Alfredstr. 9
Mittwoch, 10. Februar, 19 Uhr	„Hepatitis B und C“ – Update 2010	Labor Lademannbogen, Anm. unter Tel.: 53805-164	Lademannbogen 61
Mittwoch, 10. Februar, 19 – 22 Uhr	9. Hamburger Knochen- u. Weichteiltumor-Symposium „Akt. Therapie von gutartigen Knochentumoren u. tumor-ähnlichen Läsionen“	Diakonie-Klinikum, KH „Alten Eichen“ u. AXIS-Forschungsstiftung	East Hotel
Mittwochs, 12.45 – 13.30 Uhr	Pädiatrische Fortbildung	Altonaer Kinderkrankehaus, Prof. Riedel, Tel.: 88908201	Konferenzraum
Mittwochs, 14 – 15.30 Uhr	Senologisch-onkologische Konferenz des Kooperativen Mammazentrums Hamburg	KH Jerusalem und KH Elim (Diakonie-Klinikum Hamburg) Tel.: 41 17 29-29/ 490 66 582	KH Jerusalem, Konferenzraum, Moorkamp 8
Mittwochs, 15 – 16 Uhr	Große Neurokonferenz: Neurologie, Neurochirurgie, Neuroradiologie	AK Altona, Neuroradiologie, Dr. Eckert, Tel.: 18 18 81 – 18 13	Radiologie, 1. OG, Demoraum 1
Mittwochs, 15.30 – 16 Uhr	Gynäkologisch-onkologische Konferenz	Gynäkologisches Tumorzentrum des DKH (KH Elim) Tel.: 490 66 582	KH Jerusalem, Konferenzraum, Moorkamp 8
Mittwochs, 15.30 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz (2 P; Fallanmeldung unter Tel.: 2092-1201)	Schön Klinik Hamburg-Eilbek	Radiolog. Demo-Raum, Haus 7, EG
Mittwochs, 16 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz	Bethesda AK Bergedorf	Röntgenkonferenz, Hs. B
Mittwochs, 16 Uhr	Interdisziplinäre Mammakonferenz	Marienkrankehaus, Institut f. Radiologie	Haus 1, Demoraum
Jd. 1. Mittwoch, 17 – 19 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz	Schmerzambulanz Alten Eichen, Anmeldung Frau Falckenberg, Tel.: 54 04 060	Krankehaus Alten Eichen, Wördemannsweg 23
Jd. 2. u. 4. Mittwoch, 15.30 – 16 Uhr	Pneumologisch-thoraxchirurgisches Kolloquium (Anmeld. v. Pat. m. benignen/malignen thorakalen Erkrankungen, Tel.: 25 46-1402)	MarienkH, Klinik f. Viszeral-, Thorax- u. Gefäßchirurgie/Zentrum f. Innere Med.	Sekretariat der 1. Chirurg. Klinik, Haus 1
Jd. letzten Mittwoch im Monat, 7–8.30 Uhr	Interne Fortbildung: 28.10.: „Hydrocephalus“; DRG-Pitfall u. -Übung; M&M-Vorstellung	AK St. Georg, Chirurgisch-Traumatologisches Zentrum, Prof. Eggers, Tel.: 18 18 85-22 86	Haus CF, Konferenzraum
Donnerstag – Sonntag, 14. – 17. Januar	XXII. Intensivkurs Gynäkologische Endokrinologie u. Reproduktionsmedizin für Frauenärzte (44 P)	Endokrinologikum Labore HH u. UK S-H, Anm. unter Tel.: 33 44 11-99 66 oder seminare@endokrinologikum.com	Hotel Gastwerk, Beim Alten Gastwerk 3

Der Kalender erhebt aufgrund der Vielzahl an Terminen keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Jeder Termin wird nur einmal veröffentlicht.

Zeit	Thema	Veranstalter/Auskunft	Ort
Donnerstag, 21. Januar, 16.15 – 18.30 Uhr	Öffentl. Forschung – der Allgemeinheit verpflichtet. „Patente u. eine faire Lizenzpolitik für Entwicklungsländer“	UKE, Arbeitskreis interdisziplinäres Ethik-Seminar, Prof. Kahlke, Tel.: 74 10 53 696	Seminarraum der Frauenklinik, Martinistr. 52
Donnerstag – Samstag, 28. – 30. Januar	„Fetomaternalen Doppelsonographie“ Grund-, Aufbau- und Abschlusskurs	Endokrinologikum, Anm. u. Tel.: 33 44 11-99 66 o. seminare@endokrinologikum.com	Seminarraum Aquarium, Lornsenstr. 4-6
Donnerstag – Freitag, 4. – 5. Februar	4. Operationskurs „Defektdeckungen an Hand und Unterarm“	BG UnfallKH, Anm. unter Tel.: 7306-2746 o. www.buk-hamburg.de	Bergedorfer Str. 10
Donnerstag, 4. Februar, 20 Uhr	Informationsveranstaltung – Thema Rente: Altersrente, Berufsunfähigkeit, Rente des Lebenspartners, Rentenerhöhung u. Kapitalanlage des Versorgungswerkes	Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg, Tel.: 22 71-960	Ärztelhaus, 2. OG, Humboldtstr. 56
Donnerstags, 7.30 – 8.15 Uhr	14.1.: „Moderne Netzimplantationsverfahren in der Urogynäkologie“; 21.1.: „Update zur Therapie des Ovarialcarcinoms“; 28.1.: „Journal-Club“; 4.2.: „Aktuelle Daten zur HPV Impfung“; 11.2.: „Journal-Club“	UKE, Wissenschaftl. Kolloquium der Kliniken u. Polikliniken für Frauenheilkunde u. Geburtshilfe, Prof. Hüneke, Tel.: 74105-3506	Seminarraum 411, 4. OG Südturm, Neues Klinikum (O 10)
Donnerstags, 7 – 7.45 Uhr	Gefäßmedizinisches Kolloquium: Aktuelle angiologisch/gefäßschirurg. Themen – Vortrag m. kritischer Diskussion	AK Altona, Thorax- u. Gefäßchir., Prof. Kortmann, Tel.: 18 18 81-16 11	Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Donnerstags, 8 – 8.45 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz (2 P)	Diakonie-Klinikum Hamburg, Hamburger Darmzentrum, Tel.: 54 87-21 01	Diakonie Krankenhaus Alte Eichen, IBF-Raum
Donnerstags, 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäres Tumorboard (2 P)	AK Wandsbek, 1. Chirurgische Abt., Tel.: 18 18 83-12 65	Visitenraum, 1. OG
Donnerstags, 13 – 14 Uhr	Pädiatrische Fortbildung in Pädiatrie/Neonatalogie/Neuropädiatrie (1 P)	Kinderkrankenhaus Wilhelmstift / Dr. Püst, Tel.: 6 73 77-2 82	Ärztelbibliothek
Donnerstags, 16 – 16.30 Uhr	Interdisziplinäre neuro-onkologische Konferenz (4 P)	AK Altona, Tumorklinik	Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Donnerstags, 16 – 17 Uhr	Gynäkologisch-onkologisches Kolloquium mit Falldemonstration	Asklepios Klinik Barmbek, Gynäkologie/Onkologie, Tel.: 18 18 82-35 19	Röntgenabteilung, Besprechungsraum 0.431
Donnerstags, 16 – 17 Uhr	Interdisziplinäre gastroenterologische Tumorkonferenz	Albertinen-Krankenhaus, Klinik f. Viszeral-, Thorax- und Tumorchir., Prof. Ott, Tel.: 55 88 - 22 57	Raum HE03
Freitag, 15. Januar, 15 Uhr	„Prävention und Früherkennung bei Lungentumoren“	NBA e.V., Anm. bitte an: Marlies Sittman, E-Mail: m.sittmann@kh-grosshansdorf.de	Park Hyatt Hamburg
Freitag, 22. Januar, 19 – 21.30 Uhr	„Operative Versorgung des Hämorrhoidalleidens“ (3 P)	Dr. Phillip Holch, Tel.: 691 65 72 oder info@praxis-holch.com	Hotel Grand Elysée, Rothenbaumchaussee 10
Freitag, 29. Januar, 8.45 – 16 Uhr	Crashkurs „Lungenfunktionsprüfung“	Zentralinstitut f. Arbeitsmedizin u. Maritime Medizin	Seewartenstr. 10, Haus 1
Freitag, 5. Februar, 9 Uhr	2. Eilbeker Fußkurs	Schön Klinik HH-Eilbek, Anm. unter: Axomed GmbH, Tel.: 0761/611 66-14 oder susanne.ulmer@axomed.de	Schön Klinik HH-Eilbek, Orthopädie u. Unfallchirurgie, Dehnhaide 120
Freitag – Samstag, 22. – 23. Januar	Gynäkologen Tag HH 2010 mit 152. Stiftungsfest der „Geburtshilflichen Gesellschaft zu HH“	Bvf e.V., Anm.: Dr. W. Cremer, Tel.: 46 46 82 oder cremer@bvf-hamburg.de	Labore HH, I. OG, Haferweg 40
Freitag – Samstag, 29. – 30. Januar	Facharzt-Vorbereitung „Gynäkologische Endokrinologie“	Endokrinologikum, Anm. unter Tel.: 33 44 11-99 66 oder seminare@endokrinologikum.com	Labore HH, I. OG, Haferweg 40
Freitag – Samstag, 12. – 13. Februar	„Transfusionsmedizin zur Qualifikation als Transfusionsverantwortlicher u. Transfusionsbeauftragter“ (entsprechend den Hämotherapie-Richtlinien der BÄK)	UKE, Institut f. Transfusionsmedizin, Anm. Frau Knust, Tel.: 7410-53430 oder transmed@uke-hh.de	Campus Lehre, N55, Martinistr. 52

HAGEN & KRUSE

VERSICHERUNGSMAKLER SEIT 1901

Meßberg 1 • 20095 Hamburg
Tel. 040 / 30 96 98 - 0 • Fax 040 / 30 96 98 - 50
info@hagenundkruse.de • www.hagenundkruse.de



Der Versicherungsmakler für Ärzte und Mediziner

Wir haben uns seit vielen Jahrzehnten auf die unabhängige Beratung von Ärzten und Mediziner spezialisiert und betreuen heute über 3.500 niedergelassene und angestellte Ärzte.

- Unsere Leistungen für Sie:**
- Unabhängige Analyse und Beratung in allen Versicherungsangelegenheiten
 - Sämtliche Verhandlungen mit allen Versicherungsunternehmen
 - Begleitung und Bearbeitung Ihrer Schadensfälle bis zum Abschluss
 - Regelmäßige Überprüfung Ihrer bestehenden Verträge

Ihre Ansprechpartner bei Hagen & Kruse:

Jörg Enders 040 / 30 96 98 - 17 • **Jörg Will** 040 / 30 96 98 - 23 • **Peter Kroll** 040 / 30 96 98 - 20
Geschäftsführender Gesellschafter Geschäftsführender Gesellschafter Leiter Kundenservice

Kolondivertikulose, Kolondivertikulitis

2009 wurden die Abteilungen für Allgemein- und Viszeralchirurgie und Gastroenterologie / Endoskopie im AK Wandsbek zusammengelegt. Denn nur in einer interdisziplinären Struktur können diagnostische und therapeutische Möglichkeiten ausgeschöpft und Erkrankungen des Bauchraumes erfolgreich behandelt werden.

Von Dr. Thomas Mansfeld, Dr. Ulrich Mai, Dr. Niels-Derrek Schmitz

Wie eine Volkskrankheit

Die steigende Inzidenz der Kolondivertikulose und Kolondivertikulitis steht auch im Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung der Bevölkerung. Die große Relevanz der Erkrankung zeigt sich daran, dass diese Zivilisationskrankheit der westlichen Hemisphäre für rund 60.000 stationäre Behandlungsfälle pro Jahr allein in Deutschland verantwortlich ist und damit die Dimension einer Volkskrankheit erreicht.

Die Ausprägung der Krankheit variiert außerordentlich. Demzufolge ist die Spannbreite der Aspekte, die in die Überlegungen zum therapeutischen Vorgehen einbezogen werden müssen, groß. Die Therapie reicht von der rein diätetischen Behandlung bis zur komplexen chirurgischen Operation bei Vierquadrantenperitonitis. Die Grenzen der Indikation für das konservative oder operative Verfahren sind nicht immer klar definiert, so dass sich die Notwendigkeit und der große Vorteil einer viszeralmedizinischen, also interdisziplinären Herangehensweise ergibt, bei der Hausärzte, Gastroenterologen, Chirurgen und interventionelle Radiologen kooperieren.

Multifaktorielle Pathogenese

Divertikel treten im Bereich des Kolon mit einer Häufigkeit von bis zu 40% im Alter von 60 Jahren auf, mit 80 Jahren sind ungefähr 60% der Menschen betroffen (Painter et al., 1975). Pathoanatomisch handelt es sich überwiegend um Pseudodivertikel. Es kommt durch präformierte Muskellücken in der Tunica muscularis der Kolonwandung (zumeist an den Durchtrittsstellen der Gefäße) zu Mukosausstülpungen.

Die Pathogenese dieser Veränderungen ist multifaktoriell. Als eine wahrscheinliche Ursache der Divertikelbildung gilt ein segmentaler, intraluminaler Druckanstieg. Zugrunde liegt eine mit zunehmendem Alter abnehmende strukturelle und mechanische Integrität der Darmwand und der Spannkraft der Muscularis propria, bedingt durch Ver-

änderungen des Elastin- und Kollagengehaltes der Darmwand (Watters et al., 1985). Es kommt zur Verkürzung der Taenien und hierdurch zur Verkürzung der Längsmuskulatur des Darmes. Konsekutiv tritt eine Kompartimentierung im Bereich des Darmlumens mit Zonen erhöhten Drucks auf, der dann zum Mukosaprolaps führt (Painter et al., 1965). Auch neurogene, postentzündliche Störungen der Darmwandmotilität werden als Ursache für die Entwicklung von Beschwerden diskutiert (Simpson et al., 2002).

Unter dem Gesichtspunkt der Prävention zeigte eine von Aldoori durchgeführte prospektive Kohortenstudie an 47.888 Männern, dass der Konsum ballaststoffreicher Ernährung das Risiko einer Divertikulose-Entstehung signifikant senkte. Im Ergebnis war für diesen Effekt faserreiches Obst und Gemüse

in der Hauptsache verantwortlich, nicht aber der Konsum von Cerealien (Aldoori et al., 1998). Der Konsum von rotem Fleisch und fettreicher Nahrung fördert hingegen die Divertikelbildung (Aldoori et al., 1995).

Bei 75% der Divertikelträger verläuft die Erkrankung klinisch inapparent. 10 – 25% der Patienten entwickeln eine Divertikulitis unterschiedlich starker Ausprägung. Eine Divertikelblutung erleben 5 – 10% der Patienten. Ein kleiner, nicht quantifizierbarer Anteil der Patienten leidet unter einer schmerzhaften Divertikelkrankheit ohne Entzündungszeichen. Bei diesen Patienten ist die Abgrenzung zum Reizdarmsyndrom schwierig. Die Divertikulitis erreicht nur in ca. 25% der Fälle ein kompliziertes Stadium, das eine Operation häufig unumgänglich macht.

Abb. 1: Klinische Stadieneinteilung der Divertikulitis nach Stock und Hansen

Stadium	Bezeichnung	Klinik	Abdomen-CT	Therapie
0	Divertikulose	keine	Gas- oder Kontrastmittel gefüllte Divertikel	Konservativ
I	akute unkomplizierte Divertikulitis	Schmerzen im Unterbauch, ggf. Fieber	und ggf. Darmwandverdickung	Konservativ
II	akute komplizierte Divertikulitis			
II a	Peridivertikulitis, Perikolitis (Phlegmone)	Druckschmerz oder lokale Abwehrspannung, tastbare Walze im Unterbauch, Fieber	und Dichteanhebung im perikolischen Fettgewebe	Konservativ oder (früh)elektiv
II b	Fortgeschrittene Divertikulitis, (Abszess, gedeckte Perforation, Fistel)	lokaler Peritonismus, Fieber, Atonie	Gedeckte Perforation, mesokolischer oder retroperitonealer Abszess	(früh)elektive Operation, evtl. Abszessdrainage
II c	freie Perforation	akutes Abdomen	freie Luft, freie Flüssigkeit ggf. Abszesse	Notfalloperation
III	chronisch rezidivierende Divertikulitis	anamnestisch rezidivierender Unterbauchschmerz, ggf. Fieber, ggf. Obstipation oder Subileus, ggf. Pneumaturie	Darmwandverdickung, ggf. Stenose oder Fistel	Elektivoperation bei Fisteln oder Stenosen Individuell bei chr. rezidivierender Divertikulitis

Lange wurde angenommen, dass die Divertikulitis des jungen Menschen (<50 Jahre) aggressiver verlaufe als beim älteren. Einige Autoren leiteten hieraus die Forderung ab, bereits beim ersten Krankheitsschub des Patienten unter 50 Jahren eine Resektion durchzuführen (Siewert et al., 1995a; Ambrosetti et al., 1998). Die nun vorliegenden Arbeiten belegen, dass Männer unter 50 Jahren häufiger eine primär komplizierte Divertikulitis erleiden, also sich bereits beim Erstereignis einer Operation unterziehen müssen. Handelt es sich um eine primär unkomplizierte Divertikulitis, ist der Verlauf nicht schwerer als in Vergleichsgruppen älterer Patienten. Es bleibt festzustellen, dass sich die Forderung nach prophylaktischer Operation beim unter 50-Jährigen schon nach dem ersten Schub nicht ausreichend durch die vorliegenden Daten stützen lässt, sondern eine individuelle Entscheidung getroffen werden muss (Spivak et al., 1997; Chautems et al., 2002; Guzzo et al., 2004). Diese sollte das aufgrund der höheren Lebenserwartung gesteigerte kumulative Risiko rezidivierender Schübe berücksichtigen (Rafferty et al., 2006).

Morbidität und Letalität der Divertikulitis sind neben den Patienten-immanenten Faktoren entscheidend vom initialen Stadium der Divertikulitis abhängig.

Die Letalität der Sigmadivertikulitis steigt von 0% bei phlegmonöser Entzündung bis zu 12% bei freier Perforation mit generalisierter Peritonitis (Siewert et al. 1995b; Chapman et al. 2005; Kaiser et al. 2005).

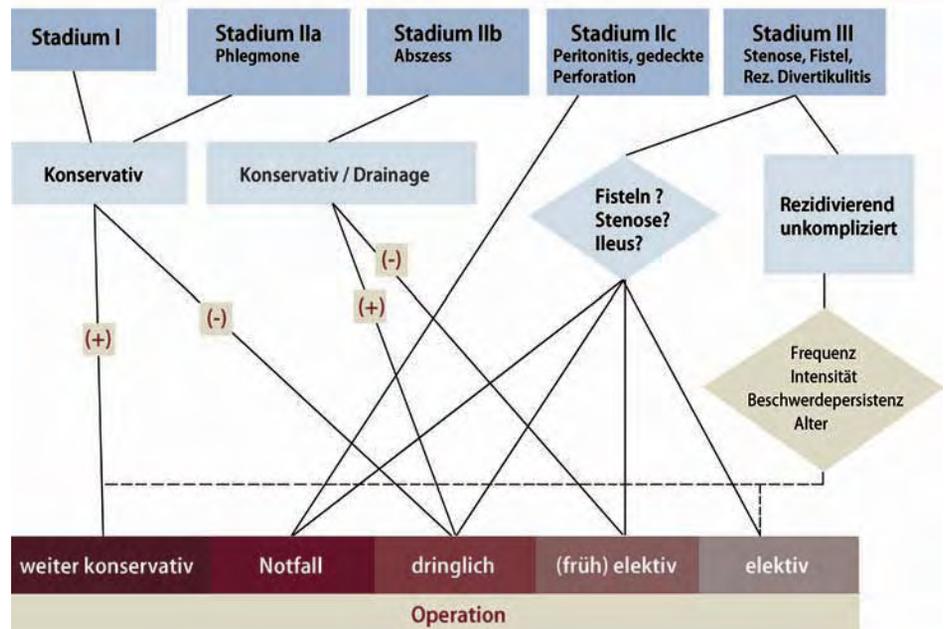
Risikofaktoren für die Entwicklung eines komplizierten Krankheitsverlaufes sind Alter, Adipositas und Anzahl der Komorbiditäten (Hansen et al., 1998; Sachar, 2008). Immunsuppression führt zu einem erhöhten Risiko für Perforation oder Versagen der konservativen Therapie (Stollman et al., 2004; Ambrosetti et al. 2000; Chapman et al., 2005). Europäische und amerikanische Fachgesellschaften empfehlen daher bei immunkompromittierten Patienten die Resektion nach dem ersten Schub (Kohler et al., 1999; Rafferty et al., 2006).

Unterbauchschmerz, Leukozytose und Fieber

Leitsymptome der Divertikel-Entzündung sind linksseitiger Unterbauchschmerz, Leukozytose und Fieber. Aber auch Darmverschluss, Blasenbeschwerden (Pneumaturie), rezidivierende Harnwegsinfekte, Leberabszesse, rechtsseitige Beschwerden (bei Rechtsdivertikulitis) oder Bauchwandphlegmonen können als klinische Erscheinungsbilder der Divertikulitis auftreten, so dass die Kolondivertikulitis aufgrund dieser Symptomatik auch als „Chamäleon im klinischen Erscheinungsbild“ bezeichnet wird.

Basisuntersuchungen stellen Anamnese, klinischer Befund und Laborchemie dar. Im Falle eines „akuten Abdomens“ erfolgt zum

Abb. 2: Therapiealgorithmus bei Sigmadivertikulitis



(+) Besserung innerhalb von 48 Stunden; (-) keine Besserung innerhalb von 48 Stunden

Ausschluss einer Hohlorganperforation eine Abdomenübersichts-Röntgenaufnahme.

Als bildgebendes Verfahren empfiehlt sich zunächst die leicht verfügbare Abdomensonographie, gegebenenfalls mit Duplexsonographie. Die Sensitivität des Verfahrens für die Diagnose der Sigmadivertikulitis wird zwischen 79% und 98% angegeben, die Spezifität liegt zwischen 80% und 98% (Schwerk et al. 1992; Pradel et al. 1997; Zielke et al. 1997). Als spezifisch wird das „Dom-Zeichen“ angenommen, das sich bei der Divertikulitis als sonographisches Korrelat eines entzündeten Divertikels findet (Kori et al. 2000). Vorteil der Methode: Der klinische Befund kann direkt mit dem morphologischen Befund korreliert werden. Limitierend ist die Untersucherabhängigkeit der Methode, die bei starker Adipositas und Veränderungen im kleinen Becken an Grenzen stößt. Die Abgrenzung zu anderen entzündlichen Darmerkrankungen kann schwierig sein.

Die abdominelle Computertomographie, die zunehmend die Kolonkontrastuntersuchung verdrängt hat, entwickelte sich zum Standardverfahren der Diagnostik einer komplizierten Divertikulitis. Sie kann die meist extraluminale lokalisierten Veränderungen exakt darstellen. Mögliche Abszesse können diagnostiziert und bei entsprechender Indikation während der diagnostischen Untersuchung CT-gesteuert punktiert werden. Die Untersuchung wird mit intravenöser, oraler und rektaler Kontrastmittelapplikation durchgeführt. Die Sensitivität des Verfahrens liegt für die verschiedenen Stadien zwischen 72% und 98% (Piroth 2007). Die Durchleuchtungsuntersuchung des Kolon in Monokonstrast- oder Doppelkontrasttechnik ermöglicht die Divertikeldarstellung

und deren Entzündung mit hoher Sensitivität bis zu 95%. Da umgebenes Gewebe, mögliche Abszesse oder gedeckte Perforationen nicht beurteilt werden können, ist die CT in diesen für die klinischen Fragestellungen höchst relevanten Aspekten überlegen (Ambrosetti et al. 2000).

Im Akutstadium der Divertikulitis trägt die Koloskopie nicht zur Therapieentscheidung bei. Sie ist vor einem elektiven oder frühelektiven operativen Vorgehen sinnvoll zum Ausschluss eines Kolonkarzinoms. Bei Divertikelblutung ist sie von hoher Relevanz, um die Blutungsquelle zu lokalisieren und ggf. endoskopisch-therapeutisch einzugreifen.

Die Zahl der Klassifikationen der Kolondivertikulitis ist groß. Die bekannteste ist die Hinchey-Klassifikation, die sich jedoch nur am intraoperativen Befund orientiert und keinen Beitrag zur therapeutischen Entscheidungsfindung leistet (Hinchey et al. 1978). Im klinischen Alltag hat sich zunehmend die von Hansen und Stock 1999 publizierte Einteilung bewährt, die sich am klinischen Bild und der computertomographischen Untersuchung des Abdomens orientiert (Abb. 1) (Hansen et al. 1999).

Milder oder schwerer Schub

Die Grenze zwischen leichtem, moderatem und schwerem Schub einer akuten unkomplizierten Divertikulitis ist keineswegs klar abgesteckt. Es muss individuell über die Notwendigkeit der stationären Behandlung entschieden werden. Kriterien können sein: Fieber über 38,5°C, deutliche CRP-Erhöhung, reduzierter Allgemeinzustand, Peritonismus und analgetikapflichtige Schmerzen.

Beim Vorliegen einer milden Form der akuten Divertikulitis ist eine kurzzeitige (2 – 3 Tage) Nahrungskarenz indiziert. Erlaubt sind orale Flüssigkeitszufuhr und ballaststoffarme Ernährung, die als Trinknahrung angeboten werden sollte (Leifeld et al., 2008).

Die in der Regel durchgeführte antibiotische Therapie kann oral mit Ciprofloxazin/Metronidazol oder Amoxicillin plus Betalactamase-Inhibitor erfolgen (Lode et al., 2006). Hjern fand allerdings Hinweise dafür, dass der milde akute Schub auch ohne Antibiotikatherapie behandelt werden kann (Hjern et al., 2007). In seinem Kollektiv erlitten 193 antibiotikafrei therapierte Patienten nicht mehr Komplikationen als 118 antibiotisch behandelte. Bei diesem Vorgehen ist natürlich eine engmaschige klinische Kontrolle erforderlich. Beim schweren klinischen Erscheinungsbild eines Divertikulitis-Schubes ohne Komplikation ist eine stationäre Behandlung mit intravenöser Gabe von Antibiotika, Nahrungskarenz und parenteraler Ernährung angezeigt. Folgende Antibiotika werden eingesetzt: Aminopenicilline plus Betalactamase-Inhibitor, Cephalosprine der 2. und 3. Generation plus Metronidazol sowie Carbapeneme.

Ob der Einsatz von Aminosalizylaten aufgrund des antiinflammatorischen Effekts auch bei der Sigmadivertikulitis sinnvoll ist, wurde in mehreren Arbeiten untersucht. Es ergeben sich Hinweise für einen positiven Effekt auf den Verlauf der rezidivierenden Divertikulitis im Sinne einer Beschwerdemilderung und Erhaltung der Remission (Di et al., 2005; Tursi 2005; Tursi et al., 2007). Es handelt sich dabei allerdings um eine „off label“-Therapie.

Für die analgetische Therapie sollten nicht-steroidale Antiphlogistika und Opiate vermieden werden, da mehrfach eine erhöhte Perforationsrate bei deren Anwendung gezeigt werden konnte (Leifeld et al., 2008). Die Schmerzbehandlung kann mit Paracetamol und Spasmolytika meist erfolgreich durchgeführt werden. Ziele operativer Therapie der komplizierten Divertikulitis sind die vollständige Entfernung des entzündlichen Herdes sowie die Beseitigung möglicher Stenosen, Fisteln oder Blutungsquellen. Zur Vermeidung des Divertikulisrezidives wird dem Ausmaß der Resektion nach aboral, also der Anastomosenhöhe entscheidende Bedeutung beigemessen. Im Bereich des rektosigmoidalen Übergangs befindet sich eine anatomisch und funktionell definierbare Hochdruckzone (Shafik et al., 1999; Stoss, 1990). Dieser Bereich ist unterhalb des Promontoriums gelegen und erfüllt eine Sphinkterfunktion (Stoss, 1990; Shafik, 1996). Die Resektion dieses Bereichs und die Anlage der Anastomose im Bereich des oberen Rektums senkt nachweislich die Rezidivrate der Divertikulitis (Benn et al., 1986; Bergamaschi et al., 1998; Thaler et al., 2003). Es muss nicht die vollständige Entfernung aller Kolondivertikel angestrebt werden. Die Resektion bis in die

entzündungsfreie Darmwand und die Erstellung der Anastomose im Bereich eines divertikelfreien Kolonwandanteils sind ausreichend. Ein Divertikulitisrezidiv tritt nach Kolon-Resektion lediglich in 2 – 7% der Fälle bei Einhaltung der genannten Prämissen auf.

Die Operation kann grundsätzlich einzeitig oder zweizeitig durchgeführt werden. Unter „zweizeitigem“ Vorgehen wird die Durchführung einer Diskontinuitätsresektion mit Anlage eines endständigen Kolostomas verstanden, welches in einer zweiten Operation etwa 6 Monate nach dem Ersteingriff zumeist zurückverlagert werden kann. Beim einzeitigen Vorgehen erfolgen im Eingriff die Resektion des entzündlichen Darmes und die Wiederherstellung der Kontinuität durch eine Anastomose. Die Kolonresektion kann in offener oder in minimal-invasiver (Laparoskopie) Technik erfolgen. Vorteile der laparoskopischen Operationstechnik sind das geringere Operationstrauma, geringerer Schmerzmittelverbrauch und schnellere Rekonvaleszenz. Das von Kehlet beschriebene und von Schwenk propagierte Konzept der „Fast Track“-Rehabilitation nach Kolonoperationen führt als interdisziplinäres und interprofessionelles perioperatives Behandlungsregime auch in Kombination mit dem laparoskopischen Verfahren zur Verbesserung der Behandlungsergebnisse (Schwenk et al., 2004; Kehlet, 2009).

Therapie in verschiedenen Stadien

Im Stadium IIa wird zunächst eine konservative Behandlung eingeleitet. Diese Therapie kann in bis zu 80% der Fälle erfolgreich sein (Kaiser et al., 2005; Ambrosetti et al., 1998). Problematisch ist die Vielfalt möglicher Befunde, da sich eine gedeckte Perforation nicht immer bei der Erstuntersuchung zeigt. Kleine, bei der Erstuntersuchung noch nicht nachweisbare Abszesse können im Verlauf einschmelzen und so in ein Stadium IIb übergehen (Classen et al., 2001). Germer fand, dass sich der präoperative CT-Befund im Stadium IIa nur in 33% der Fälle mit dem histologischen Befund deckt, in den übrigen Fällen lag ein Stadium IIb mit Abszedierung vor (Germer et al., 2007). Ist die Phlegmone ausgeprägt, wird häufig Beschwerdefreiheit nicht erreicht. Eine elektive oder frühelektive Operation ist in diesen Fällen indiziert. Patienten mit gering ausgeprägter Phlegmone und zügiger Beschwerdefreiheit unter konservativer Behandlung bedürfen zunächst keiner Operation.



Abb. 3: In der CT deutliche, langstreckige Darmwandverdickung mit gedeckter Perforation und Abszess

Im Stadium IIb (Abb. 3) besteht eine eindeutige Operationsindikation, allerdings hängt der Operationszeitpunkt vom klinischen Bild ab. Ist eine Peritonitis lokalisiert und eine freie Perforation ausgeschlossen, so ist zunächst eine konservative Behandlung angezeigt. Kleine Abszesse (< 4 cm) werden erst konservativ behandelt, größere Abszesse sollten interventionell entlastet werden. Tritt innerhalb von zwei Tagen keine Besserung des Beschwerdebildes ein, sollte operiert werden. Bessert sich das klinische Bild, wird ein frühelektiver Operationszeitpunkt innerhalb von 7 und 10 Tagen angestrebt. Eine Studie von Ritz et al. zeigte bei Patienten im Stadium IIa und IIb, dass die Operation auch nach antibiotischer Vorbehandlung im entzündungsfreien Intervall 4 – 6 Wochen nach stationärer Initialaufnahme laparoskopisch mit guten Ergebnissen durchgeführt werden kann (Ritz et al., 2008). Dieser Eingriff kann technisch sehr anspruchsvoll sein und sollte vom erfahrenen Operateur durchgeführt werden.

Bei Vorliegen einer diffusen, kotigen oder eitrigen Peritonitis (Stadium IIc) besteht eine absolute Operationsindikation zur Fokussanierung. Häufig wird in diesem Stadium eine Diskontinuitätsresektion durchgeführt, da eine Anastomoseninsuffizienz nach primärer Anastomose im entzündeten Bauchraum befürchtet wird. Aber auch bei schwerer Vierquadrantenperitonitis oder Abszess im Bereich des Beckens kann eine primäre Kontinuitätswiederherstellung erreicht werden. Eigene Erfahrungen mit der Behandlung im Konzept der Etappenlavage zeigen, dass bei kontrollierter Anastomosenheilung die Stomaanlage vermieden werden kann. Das Konzept sieht die Anlage eines temporären Bauchdeckenschlusses vor, um täglich im Operationssaal Spülbehandlungen der Abdominalhöhle durchzuführen bis eine Reinigung des Bauchraumes eingetreten ist. Während der Behandlung können täglich

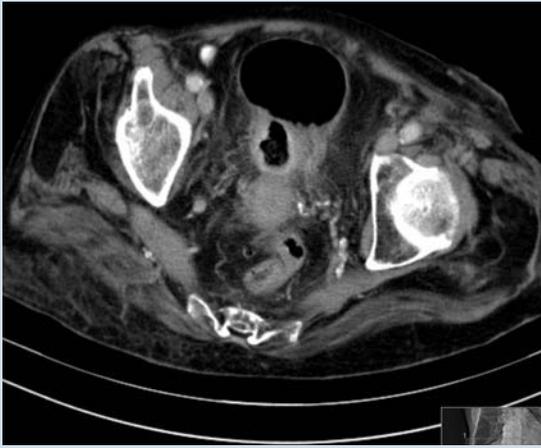


Abb. 4: Nachweis einer Sigma-Blasenfistel mit Pneumaturie in der sagittalen CT-Rekonstruktion

die intraabdominellen Verhältnisse überprüft werden. Eventuell sich anbahnende Komplikationen, wie Nahtinsuffizienzen, können sofort behandelt werden (Teichmann et al., 2008).

In zahlreichen Arbeiten ist belegt, dass die Ergebnisse der Operation mit primärer Anastomosenanlage denen der Hartmann'schen Diskontinuitäts-Operation zumindest gleichwertig sind. Eine Metaanalyse bestätigt sogar leichte Vorteile für die primäre Anastomose im Stadium Hinchey III und IV (eitrige oder kottige Peritonitis) bezüglich Letalität und Morbidität (Constantinides et al., 2006).

Im Stadium III kommt es bei rezidivierenden Schüben nicht nur zu chronischen Schmerzzuständen, sondern auch zu Darmwandverdickungen mit der Folge von Stenosebildung und Ileus. Fistelbildung in Nachbarorgane [Blase, Vagina, Dünndarm (Abb. 4)] kommen in bis zu 10% der Fälle vor. Diese Komplikationen stellen eindeutige Operationsindikationen dar. Die von europäischen und amerikanischen Fachgesellschaften unterstützte Empfehlung zur Operationsindikation bei unkomplizierter, rezidivierender Sigmadivertikulitis hielt lange Zeit die prophylaktische Operation nach dem zweiten Schub einer Divertikulitis für angezeigt (The American Society of Colon and Rectal Surgeons, 2000; Kohler et al., 1999). Die Empfehlung ging auf alte Daten von Parks aus den 70er Jahren zurück, die implizierten, dass mit zunehmender Zahl der Schübe die Wahrscheinlichkeit für das Ansprechen auf eine konservative Therapie abnehme und das Komplikationsrisiko steige (Parks, 1969). Diese Daten sind durch zahlreiche Studien widerlegt (Janes et al., 2005; Chapman et al., 2006) und haben zunehmend die Empfehlung der „Operation nach dem zweiten Schub“ aufgeweicht.

In einer Untersuchung von Chapman et al. aus der Mayo-Klinik trat bei 53% von 387 operierten Patienten die Komplikation bereits beim ersten Schub auf, bei weiteren 35% im zweiten

Schub. Nur 12% der Patienten mit mehr als zwei Schüben erlitten eine Komplikation (Chapman et al., 2005). Auch scheint das Auftreten einer Komplikation nach mehr als zwei Schüben nicht zum ungünstigeren Verlauf zu prädisponieren (Chapman et al., 2006). Eine 2008 publizierte Metaanalyse von Collins kommt zum Schluss, dass die milde rezidivierende Divertikulitis nur ein geringes Risiko für die Entwicklung von Komplikationen birgt und bestätigt, dass eine „prophylaktische“ Resektion das Risiko für einen Notfalleingriff nicht erhöht (Collins et al., 2008). Die Leitlinien der amerikanischen Gesellschaft der kolorektalen Chirurgen (ASCRS) sind 2006 an die neue Datenlage angepasst worden und empfehlen eine individuelle

Entscheidung über die Kolonresektion im Stadium III (Rafferty et al., 2006). Berücksichtigt werden sollten:

- Alter,
- Allgemeinzustand,
- Frequenz der Schübe,
- Intensität der Schübe,
- Persistenz der Beschwerden zwischen den Schüben.

Die Datenlage bezüglich der Operationsergebnisse nach elektiver Sigmaresektion im Stadium III ist unbefriedigend. Beschwerdefreiheit kann in bis zu 95% erreicht werden, jedoch wird bei 5% bis 25% der Patienten eine Beschwerdepersistenz gefunden, deren determinierende Faktoren noch nicht eindeutig identifiziert sind (Parks et al., 1970; Egger et al., 2008; Moreaux et al., 1990). Moreaux fand in seiner Untersuchung eine Abhängigkeit der Beschwerdepersistenz vom Ausmaß der präoperativen Schmerzen und der Krankheitsdauer. Die Abgrenzung zum Reizdarmsyndrom scheint eine Rolle zu spielen.

Vorgehen bei Blutung

Bei Divertikulose tritt bei 3 – 15% der Divertikelträger im Laufe ihres Lebens eine Divertikelblutung auf (Judd, 1969; McGuire, Jr. et al., 1972; Young-Fadok et al., 2000). Die Blutung sistiert in bis zu 90% der Fälle spontan. Eine Literaturübersicht von Katsoulis zeigt, dass in ca. 18% der Fälle eine chirurgische Intervention notwendig wird (Katsoulis, 2001a). Bei akuter Divertikelblutung ist die wichtigste Maßnahme die Durchführung einer Koloskopie, die sowohl diagnostische als auch therapeutische Möglichkeiten bietet. Rezidivblutungen treten in bis zu 38% auf (Katsoulis, 2001b), klare Empfehlungen zur Operationsindikation bestehen aufgrund der schlechten Evidenzlage nicht. Im eigenen Vorgehen wird eine Operation beim Blutungsrezidiv individuell gestellt.

Hierbei ist auch eine notwendige Antikoagulationsbehandlung zu berücksichtigen.

Eigene Ergebnisse

Im AK Wandsbek wurden von 5/2007 bis 11/2009 insgesamt 397 Patienten wegen einer Divertikulitis hospitalisiert. Der Anteil der Frauen lag bei 51,9%, das Durchschnittsalter betrug 63,2 Jahre. Die Patienten wurden nach dem beschriebenen Algorithmus behandelt. Einem resezierenden Eingriff mussten sich 132 Patienten unterziehen, hiervon wurde 74mal laparoskopisch operiert. Die Verweildauer der Patienten, die nach einem Fast-Track-Konzept rehabilitiert wurden, lag im Median bei 6 Tagen. Drei Patienten erlitten eine Anastomoseninsuffizienz (4,1%), zweimal wurde laparoskopisch ein temporäres Ileostoma vorgeschaltet, einmal erfolgte eine Diskontinuitätsresektion. Kein Patient verstarb.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Divertikulose eine mit zunehmendem Alter in bis zu 60% der Bevölkerung vorkommende Erkrankung ist, die in 70% der Fälle asymptomatisch verläuft. Nur etwa 30% der Divertikelträger erleiden im Verlauf des Lebens Beschwerden. Ballaststoff- und faserreiche Ernährung mindern die Entstehung einer Divertikulose. Etwa 75% der symptomatischen Divertikulitiden können konservativ behandelt werden. Die Behandlung besteht in der Applikation von Antibiotika, Analgetika und je nach Schweregrad der Verordnung von Nahrungskarenz. Es gibt Hinweise, dass Aminosalicylate im akuten Schub und in der Remissionserhaltung eine Bedeutung haben. Eine antibiotikafreie Behandlung ist wahrscheinlich bei einer milden Verlaufsform möglich. Für die Therapiewahl hat sich die Klassifikation nach Hansen und Stock bewährt. Klinischer Befund und Computertomographie werden zur Bestimmung der Krankheitsaktivität kombiniert. Eine Operationsindikation besteht bei Vorliegen von Abszessen, gedeckter Perforation oder Peritonitis bei freier Perforation. Auch bei immunsupprimierten Patienten sollte eine Operation nach dem ersten Schub einer Divertikulitis durchgeführt werden. Im Stadium III kann es zur Entstehung von Fisteln oder Stenosen kommen, die eine Operationsindikation darstellen. Abhängig von Schweregrad und Frequenz rezidivierender Entzündungsschübe (Stadium III) kann eine Resektion angezeigt sein. Eine elektive Darmresektion wird überwiegend laparoskopisch durchgeführt, die laparoskopische Operationstechnik kann auch in komplizierten Stadien zur Anwendung kommen.

Literatur beim Verfasser.

Dr. Thomas Mansfeld, Abt. für Viszeralmedizin, Allgemein- u. Viszeralchirurgie, Gastroenterologie u. Endoskopie, AK Wandsbek, Tel.: 18 18 83 – 12 64; t.mansfeld@asklepios.com.

Der besondere Fall

Knochenmetastase eines Schilddrüsenkarzinoms

Der Fall einer heute 42-jährigen Patientin zeigt, dass in ausgewählten Fällen bei Metastasierung eines Schilddrüsenkarzinoms auch ein kurativer Therapieansatz möglich ist.

Von Prof. Dr. Jürgen Bruns¹, PD Dr. Susanne Klutmann², Dr. Georg Deuretzbacher³, Prof. Dr. Günter Delling⁴, Prof. Dr. Wolfgang Rüther³

Knochenmetastasen stellen die häufigsten malignen Knochentumoren dar. Dabei beeinflusst die zugrunde liegende Tumorerkrankung die Lebenserwartung wesentlich. In der Regel besteht deshalb operativ nur ein palliatives Therapieziel. Die Indikation zur palliativen operativen Intervention wird in der Regel bei manifester oder drohender pathologischer Fraktur oder anders nicht zu beherrschenden Schmerzen gestellt. Selten ist ein kuratives Operationsziel gegeben: Dieses kann darin bestehen, eine solitäre Metastase im Sinne einer „weiten“ oder „R-0-Resektion“, d. h. im Gesunden zu entfernen, um so den Patienten mit einem interdisziplinären Therapieansatz zu heilen. Dies sollte jedoch nur indiziert sein, wenn die zugrunde liegende Tumorerkrankung mit einer hohen Überlebenszeit verbunden ist.

Wir möchten den Fall einer heute 49-jährigen Patientin berichten, bei der im Jahre 1992 die Erstdiagnose einer solitären ossären Metastase eines bis dato unbekanntem Primärtumors gestellt wurde.

Andauernde Schmerzen in der rechten Hüfte

Nach einem Sturz beklagte die damals 31-jährige Patientin 1992 erstmals andauernde Schmerzen im Bereich der rechten Hüfte. Im März 1993 zeigte die bildgebende Diagnostik einen zystischen Tumor im Bereich des rechten Sitzbeines. Dieser Tumor wurde intra-läsional, d. h. unter nicht kurativer Therapieintention, operativ entfernt und der Defekt mit einer Knochenzementplombe aufgefüllt (Abb. 1). Der histologische Befund wurde in erster Linie als eine Metastase eines



Abb. 1: Röntgenbild vor Implantation des 1. Beckenteilersatzes: Um die Knochenzementplombe hat sich erneut eine Osteolyse bzw. Metastase des Schilddrüsenkarzinoms gebildet

hochdifferenzierten Schilddrüsenkarzinoms interpretiert. Die daraufhin durchgeführte totale Thyreoidektomie bestätigte die initiale Verdachtsdiagnose eines follikulären Schilddrüsenkarzinoms im Bereich des rechten Schilddrüsenlappens. Es folgten mehrmalige hochdosierte Radiojodtherapien, die im Verlauf eine persistierende intensive Speicherung im Bereich des rechten Sitzbeines zeigten (als Hinweis für vitales Tumorgewebe) korrespondierend zu einer bildmorphologisch nachgewiesenen Osteolyse. Bei fehlendem Anhalt für weitere Tumorherde und dem

Nachweis eines vitalen solitären Tumorherdes wurde etwa 18 Monate nach der Erstoperation die Indikation zur operativen Revision des Beckens gestellt. Dazu erfolgte eine innere Hemipelvektomie mit nachfolgender Rekonstruktion des knöchernen Beckendefektes mittels individuell angefertigtem Beckenteilersatz. Ohne Komplikationen konnte die Patientin nach entsprechender Immobilisation unter temporärer Entlastung remobilisiert und nach Hause entlassen werden.

Keine Zeichen erneuter Metastasierung

Regelmäßige Kontrollen ergaben in den folgenden Jahren keine Zeichen einer erneuten Metastasierung. Lediglich der metallische Ausleger des Beckenteilersatzes zum Os pubis hatte sich nach fünf Jahren gelockert, verursachte jedoch keine Probleme (Abb. 2). Zehn Jahre nach Implantation des Beckenteilersatzes verspürte die Patientin ohne traumatische Genese plötzlich Schmerzen im Gesäß, die insbesondere in Zusammenhang mit Belastung auftraten. Die nachfolgend durchgeführte Bildgebung zeigte im Vergleich zu den Voraufnahmen einen Bruch an der Kopplungsstelle zwischen dem metallischen Pfannenersatz und dem metallischen Fixationsteil am Os ilium (Abb. 3). Eine parallel durchgeführte Kontrolluntersuchung (Radiojoddiagnostik) hinsichtlich der Grunderkrankung ergab weiterhin keinen Hinweis auf eine Metastase oder Rezidiv des Schilddrüsenkarzinoms.

In dieser Situation wurde die Indikation zur Entfernung des defekten und Implantation eines neuen Beckenteilersatzes gestellt, um das Becken wieder zu stabilisieren und die Beschwerden zu lindern. Nach üblicher Planung unter Erstellung eines individuellen

¹ Schwerpunkt orthopädische Chirurgie, Diakonie-Klinik Hamburg, Standort „Alten Eichen“; ² Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin, UKE; ³ Lehrstuhl für Orthopädie, UKE; ⁴ Institut für Pathologie, MVZ, Marienkrankenhaus

Beckenmodells wurde die Operation durchgeführt. Postoperativ verlief die Wundheilung komplikationslos, die Remobilisation war nach entsprechender Ruhigstellung unproblematisch.

Mittlerweile liegt diese Wechseloperation des BTE sechs Jahre zurück. Eine aktuell durchgeführte Ganganalyse ergab ein deutliches Hüftthinken mit entsprechend veränderten Gangparametern. Eine erneute Kontrolluntersuchung im Februar 2008 ergab unter maximaler TSH-Stimulation einen unauffälligen Tumormarker Thyreoglobulin; im Ganzkörperszintigramm zeigte sich – insbesondere im Beckenbereich – kein Hinweis auf eine pathologische Jodfixation. Im Jahr 2008 konnte die Patientin insgesamt zirka 4.000 Kilometer mit dem Fahrrad zurücklegen. Bei der letzten Nachuntersuchung im Februar 2009 betrug der Enneking-Score, ein Standard-Score zur klinischen Bewertung des Behandlungsergebnisses 22/30 Punkte. Die aktuelle Röntgenkontrolle zeigte einen festen Sitz des zweiten Beckenteilersatzes.

Dieses Beispiel zeigt, dass auch bei knöcherner Metastasierung in ausgewählten Fällen ein kurativer Therapieansatz bestehen kann. Prinzipiell bestanden bei diesem Fall zwei Problempunkte:

1. Die Indikation zur „weiten“ Resektion bzw. R-0-Resektion am Becken: Eine weite Resektion am knöchernen Becken ist meist mit einem relativ hohen operativen Aufwand verbunden. Derartige Eingriffe sind mit einer hohen Rate von Komplikationen wie Infektionen, Gefäß- und Nervenverletzungen sowie Thrombosen verbunden. In diesem Fall war die operative Resektion relativ einfach, da sich die Metastase am Tuber ossis ischii und im hinteren Teil des Azetabulums, dem sog. hinteren Pfeiler befand und auf den Knochen begrenzt war. Eine umfangreiche Weichteilpräparation war dadurch nicht notwendig.

2. Die Implantation eines Beckenteilersatzes stellt eine der möglichen Rekonstruktionen des knöchernen Beckens dar. Alternativ kommen andere Verfahren wie die Hüftverschiebeplastik, eine iliofemorale Pseudarthrose oder eine iliofemorale Arthrodesese oder die klassische Hemipelvektomie in Frage.

Risiko eines Materialbruches oder einer Lockerung

Zu den bereits genannten Komplikationen besteht durch die Implantation eines Beckenteilersatzes darüber hinaus das Risiko eines Materialbruches oder einer Lockerung. Mittlerweile ist es bekannt, dass eine alternative Methode – die Hüftverschiebeplastik – die mit einer deutlich geringeren Komplikationsraten behaftet ist, zu ebenso guten funktionellen Ergebnissen trotz verbleibender Beinlängendifferenz führt.



Abb. 2: Röntgenbild des Beckenteilersatzes mit gelockertem Ausleger zum Os pubis (Pfeil)



Abb. 3: CT-Rekonstruktion des gebrochenen Fixationsstückes zwischen metallischer Pfanne und Fixationsteil zum Os ilium

Im hier berichteten Fall beschränkte sich der Tumor auf den Knochen des hinteren Pfeilers am Azetabulum und Os ilium und wies darüber hinaus keinen Weichteilanteil auf. Somit beschränkte sich die durchgeführte Resektion fast ausschließlich auf den Kno-

chen. Der Weichteilmantel, insbesondere die Glutaealmuskulatur konnte erhalten werden und gewährleistete eine gute Weichteildeckung des Beckenteilersatzes. Zudem war aufgrund der Tumorkonlokation knöchern eine horizontale Resektion unmittelbar oberhalb des Azetabulums möglich. Damit war technisch eine unproblematische horizontale Verankerung des Beckenteilersatzes mit flächiger Krafteinleitung ins restliche Os ilium möglich.

Auf den Ringschluss des Beckens verzichten

Die im Verlauf zu beklagende Lockerung der metallischen Verankerung zum Ramus superior des Os pubis stellte für die Patientin keine Problematik dar. Heute kann sie dadurch vermieden werden, dass man generell auf eine derartige Verankerung des Beckenteilersatzes zum Os pubis und zum Os ischium und damit auf den Ringschluss des Beckens verzichten kann (Abb. 4).

Wie bei dieser Patientin durch den Verlauf bestätigt wird, kann in ausgewählten Fällen bei nachgewiesener singulärer ossärer Metastasierung eines Schilddrüsenkarzinoms ein kurativer Therapieansatz bestehen. Dieser sollte jedoch nur indiziert sein, wenn die zugrunde liegende Tumorerkrankung – hier ein follikuläres Schilddrüsenkarzinom – mit einer hohen Überlebenszeit verbunden ist.



Abb. 4: Röntgenbild 5 Jahre nach Wechseloperation des Beckenteilersatzes ohne Zeichen einer Lockerung

Aus der Schlichtungsstelle

Paravasat nach Infusion

Hohes Risiko Paravenöse Infusion bei einem einjährigen Kind mit Nekrosebildung und nachfolgender Hauttransplantation.

Von Prof. Dr. Karl Ernst von Mühlendahl

Ein einjähriges, farbiges Kind wurde wegen hohen Fiebers und Erbrechens in einer Kinderklinik aufgenommen. In der ausführlichen, sorgfältig geführten ärztlichen Krankenakte ist die Indikation für eine parenterale Infusionsbehandlung begründet, da schon kurz zuvor in der Kinderklinik wegen einer prolongierten Mittelohrentzündung eine intravenöse antibiotische Behandlung mit Aminopenicillin vorgenommen worden war. Hohes Fieber und Trommelfellrötung signalisierten jetzt eine Progression der Erkrankung, so dass man sich zur Gabe von Erythromycin entschloss. Die Anlage der Infusion war wegen der Hautfarbe und der Unruhe des Kindes schwierig und wurde schließlich gegen 18 Uhr erfolgreich durch einen Oberarzt vorgenommen. Eine Kontrolle hat um 19 Uhr stattgefunden. Danach ist das Kind meistens von den Eltern auf dem Arm getragen worden, so dass Möglichkeiten zu Beobachtung und Pflege eingeschränkt gewesen sind. Das Mädchen war zunächst unruhig und hat geschrien, war jedoch bei der Übergabe an die diensthabende Schwester um 21.45 Uhr eingeschlafen. Bis 23 Uhr ist die Infusionsstelle nicht kontrolliert worden. Um 23 Uhr hat die Mutter das Kind verlassen. Um 23.50 Uhr hat die Nachtschwester das schlafende Kind auf den Rücken gedreht und dabei bemerkt, dass die Infusion ins Gewebe gelaufen war. Der gesamte linke Arm zeigte sich als prall geschwollen und fest. Das Kind erschien ruhig, die Finger waren gut durchblutet. Die Infusion wurde beendet. Am linken Handrücken bildete sich zunächst eine Blase und danach ein Geschwür, das später die Transplantation von Haut erforderlich machte.

Der Klinik wurde eine fehlerhafte medizinische Behandlung vorgeworfen.

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte Gutachter führte aus, dass Extravasationen nicht selten seien, bei Kindern häufiger als bei sieben Prozent der Infusionen. Im konkreten Fall wäre erschwerend hinzugekommen, dass das Kind sehr unruhig gewesen sowie von den Eltern umhergetragen und versorgt worden sei. Allerdings sei die Indikation zur

Infusionsbehandlung sowie Dosierung und Konzentration des Antibiotikums Erythromycin zu beanstanden. Das verwendete Antibiotikum wäre zudem schlecht venenverträglich. Die Dosisempfehlung des Herstellers sei überschritten worden. Für das Erythromycin hätte es gute Alternativen gegeben. Die ärztlichen Aufzeichnungen und die Überwachung der Tropfinfusion wären unzureichend gewesen. Der Gutachter kam zu der Einschätzung, dass gegen seinerzeit geltende medizinische Standards verstoßen, also fehlerhaft gehandelt worden sei. Als fehlerbedingte Gesundheitsschäden wären zu qualifizieren: Verlängerung der stationären Behandlung, Schmerzen, Operation, Sensibilitätsstörung, Narbe. Die Schlichtungsstelle schloss sich insoweit dem Urteil des Gutachters an, als dass die eingetretene Schädigung allein auf den Überwachungsfehler zurückzuführen ist, vermochte ihm jedoch hinsichtlich der Frage der Indikation für die Infusionsbehandlung und der Auswahl und Anwendung des Antibiotikums nicht zu folgen.

Tropfinfusionen beim Kind oft schwierig

Anlage und Aufrechterhaltung von intravenösen Tropfinfusionen bei Säuglingen und Kleinkindern kann sehr schwierig sein und ist risikobehaftet. Im Alter von einem Jahr ist das Fettpolster meist gut ausgebildet und die Venen sind schwer erkennbar. Das gilt besonders für Kinder mit farbiger Haut. Bei Anlage der Infusion ist der Zugang mitunter schwer zu fixieren, die Kinder sind oft nicht ruhig zu stellen. Erschwerend kam im konkreten Fall hinzu, dass das Kind nicht im Bett lag, sondern von den Eltern auf dem Arm umhergetragen wurde. Unter diesen Umständen kommt es nicht selten vor, dass Infusionsnadeln beim Anlegen die Venenwand schädigen oder die Infusionsnadel später aufgrund von Bewegungen durch die Venenwand perforiert. Dann läuft die Infusionsflüssigkeit, deren Druck durch eine Pumpe konstant aufrechterhalten wird, ins umliegende Gewebe.

Sichtkontrolle notwendig

Fehlerhaft war, dass angesichts der bekannten, oben beschriebenen Risikofaktoren zwischen 19 und 23.50 Uhr keine Sichtkontrolle der Tropfinfusion stattgefunden hat. In dieser Zeit muss das Paravasat entstanden sein. Nicht das Paravasat per se ist als fehlerhaft zu betrachten, sondern dass es zu spät erkannt wurde. Die Beschreibung der Kinderkrankenschwestern („der gesamte linke Arm war sehr prall geschwollen und sehr fest“) belegt, dass die Infusion schon längere Zeit paravenös gelaufen sein muss. Da das Paravasat offensichtlich keine wesentlichen Schmerzen verursachte (was der Tatsache zu entnehmen ist, dass das Kind in den letzten Stunden vor der Entdeckung des Paravasats geschlafen hat) ist offenbar im Wesentlichen die Infusionsflüssigkeit und nicht das gewebsreizende und Schmerzen verursachende Medikament Erythromycin paravenös eingelaufen.

Selbst bei kurzen Überwachungsintervallen wäre eine Extravasation nicht vollständig zu verhindern gewesen. In den einschlägigen Lehrbüchern der Kinderkrankenpflege und in den Lehrplänen der Kinderkrankenpflegeschulen gibt es keine allgemeingültigen Regeln, wie häufig Infusionen zu überprüfen sind. Unstreitig dürfte aber sein, dass situationsangepasste Kontrollen in angemessenen Abständen vorzunehmen sind. Im beschriebenen Fall wäre eine zunächst stündliche Kontrolle angemessen gewesen. Bei zeit- und sachgerechten Kontrollen hätte das Paravasat damit um eine oder zwei Stunden früher erkannt werden können. Somit wäre der Schaden geringer ausgefallen und – in der Folge – eine Hauttransplantation mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht erforderlich gewesen.

Die Schlichtungsstelle empfahl eine außergerichtliche Regulierung der begründeten Schadenersatzansprüche.

Prof. Dr. Karl Ernst von Mühlendahl ist Ärztliches Mitglied der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern.

Veranstaltung Am 24. Februar geht es um 19.30 Uhr im Forum des Ärztehauses um das Thema „Ärzte, Dichter und Rebellen – psychosomatische Aspekte ihres Wirkens“.

Von Dr. Karl-Friedrich Masuhr

Ärzte, Dichter und Rebellen

„Meine gegenwärtige Lage nötigt mich, den Grad eines Doktors der Medizin anzunehmen“, notiert Friedrich Schiller, als er im Jahr 1782 eine poetische Pause einlegt, um sich der „Philosophie der Physiologie“ zuzuwenden. „Vielleicht umarmt mich dann meine Muse umso feuriger, je länger ich von ihr geschieden war ...“

Von 31 bekannten Medizinerinnen, die in den letzten drei Jahrhunderten als Schriftsteller hervortraten, sind neben Friedrich Schiller, dessen 250. Geburtstag im Jahr 2009 gefeiert wurde, weitere bedeutende Dramatiker wie Georg Büchner und Arthur Schnitzler besonders zu erwähnen, da sie – auf der Suche nach Spuren der Psychosomatik in ihrem Werk und Werdegang – die Richtung angeben können. Sie waren wissenschaftlich tätig, gewannen wichtige psychologische Erkenntnisse und rebellierten – als Arztsöhne – nicht nur gegen ihre Väter, sondern auch gegen die herrschende Medizin und Gesellschaft. Der junge Privatdozent Georg Büchner wurde darüber zum Revolutionär. Arthur Schnitzler, der die innovative Erzähltechnik des inneren Monologs durchsetzte, wird als literarisches Pendant Sigmund Freuds bezeichnet.

Zusammenwirken von Medizin und Dichtkunst

Drei Ereignisse der letzten Zeit belegen die Spannweite des Arztdichter-Themas und die noch immer gültige Sprengkraft des Zusammenwirkens von Medizin und Dichtkunst: Während der Chirurg Uwe Tellkamp mit dem Deutschen Buchpreis 2008 und der Neurologe Jens Petersen mit dem Ingeborg-Bachmann-Preis 2009 ausgezeichnet worden sind, hat sich der Psychiater und Lyriker Radovan Karadzic wegen des Verdachts auf Verbrechen gegen die Menschlichkeit und Völkermord vor dem Haager Tribunal zu verantworten.

Die meisten Autoren wurden nicht als Ärzte bestimmter Fachrichtungen berühmt, sondern erst bekannt, als sie aus ihrer Berufsrolle heraustraten, um schriftstellerisch und manchmal auch in dieser Konsequenz poli-

tisch tätig zu werden, wie z. B. der Nervenarzt und Essayist Heinrich Hoffmann, der 1848 ins Frankfurter Vorparlament als Abgeordneter einzog. Der „Struwwelpeter“ brachte ihm weltweiten Ruhm. Hoffmann verhielt sich nicht anders als viele sozialkritisch eingestellte Arztdichter des 20. Jahrhunderts wie Archibald Joseph Cronin, Friedrich Wolf, Heinar Kipphardt, und Wilhelm Küttemeyer. Das tätige Reisen als Schiffsarzt diente der Gesundheit der Arztdichter Gottfried Benn, Peter Bamm, Sir Arthur Conan Doyle und Michael Bulgakow. Ärzte reisen offenbar gern um die weite Welt, darunter auch die Schriftsteller William Somerset Maugham, Georges Duhamel, Axel Munthe und schon im 17. bzw. 19. Jahrhundert die Lyriker Paul Fleming und John Keats, die allerdings früh einer Infektionskrankheit nach weiten Reisen erliegen.

Das Besondere an „Dichterärzten“

Was unterscheidet die „Dichterärzte“ (T. Nasemann 1993) im Wesentlichen von anderen Ärzten und Dichtern?

- Naturwissenschaftlich orientierte Mediziner berichten lebensnäher und detailreicher als andere Schriftsteller über Erfahrungen mit der Körpermedizin.
- Geisteswissenschaftlich geschulte Mediziner zeichnet vor allem ihre Fähigkeit

zu phänomenologischer Betrachtung aus.

- Psychosomatisch orientierte Mediziner sind meist keine unabhängigen Berichterstatter, sondern zugleich auch teilnehmende Therapeuten für Körper und Psyche.

- Arztdichter verfügen über ein besonderes Sensorium, um das wahrzunehmen, was sie als Ärzte und Dichter betrifft, worum es in den schönen und heilenden Künsten geht, und was sie selbst angeht, weil es ihnen nahe geht.

- Der Doppelberuf verhilft Arztdichtern zu alltäglichen Einblicken und einzigartigen Erfahrungen im Umgang mit menschlichem Leben und Leiden. Sie konfrontieren sich auf verschiedenen Ebenen mit sozialem Elend, das mit medizinischen und literarischen Mitteln kaum zu ändern ist und entschiedenes politisches Handeln herausfordert. Aus diesem Grund gehen einige Autoren in die Politik, andere werden zu Revolutionären.

Wenn Mediziner wie die jungen Rebellen Friedrich Schiller und Georg Büchner auf der Flucht vor der Obrigkeit waren oder – wie Jean-Paul Marat und Ernesto Che Guevara – in letzter Konsequenz als Revolutionäre agierten, mussten sie früh ihr Leben lassen. Ernst Weiß und Jan Korczak wurden wie die Mediziner der „Weißen Rose“ zu Opfern des NS-Terrors, Hans Carossa und Louis Ferdinand Céline in Abwesenheit zum Tod verurteilt, aber gerettet bzw. begnadigt. Friedrich Schiller, Michael Bulgakow und Heinar Kipphardt desertierten, neun Arztdichter kamen in Haft, sechs gingen ins Exil. „Arztum ist immer Kämpfertum“, hieß es im Kreis der Militärärzte des Zweiten Weltkriegs (A. Neumann 2005). Uniformität und Konformität verlängerten die durchschnittliche Lebenserwartung signifikant. Dies trifft für fast alle Arztdichter in Uniform zu, die unterschiedlichen Regimes dienen.

Nur drei der 31 vorgestellten Autoren, die Theologen Angelus Silesius, Francois Rabelais und Albert Schweitzer, ergriffen erst den Arztberuf, nachdem sie schon als Schriftsteller erfolgreich gewesen waren.

Dr. Karl-Friedrich Masuhr ist ehemaliger Chefarzt der Neurologischen Klinik St. Josef Krankenhaus, Zell-Mosel.

LESER BRIEF

„Unser“ Ärzteblatt ist unvergleichlich!

Seit zehn Jahren beziehe ich – zwar unfreiwillig, aber gern – das Organ der Hamburger Ärzteschaft und bin jedes Mal angetan, oft begeistert! In meinen 24 Jahren Tätigkeit als Ärztin habe ich in diversen Regionen praktiziert, von Schleswig-Holstein bis Bayern, und kann somit kompetent urteilen: „unser“ Ärzteblatt ist unvergleichlich!

Dabei macht für mich das Positive dieses Blattes nicht nur die angenehme Aufmachung, auch nicht die medizinisch-wissenschaftliche Vielfalt und Qualität der Beiträge aus, sondern vor allem der Teil, der uns nicht vergessen lässt, dass wir neben allem Arbeiten und Geld verdienen doch in erster Linie Menschen sind: die Kultur, die Geschichte und nicht zuletzt der Humor! Selbiger steht in erfreulichem Gegensatz zur Stimmung im Ärztelager, die ich nicht immer nachvollziehen kann – trotzdem auch ich um die Probleme weiß.

Dr. Maria Müller, Hamburg

Bild und Hintergrund



Mehr als ein Dorfschulmeister Samuel Heinicke

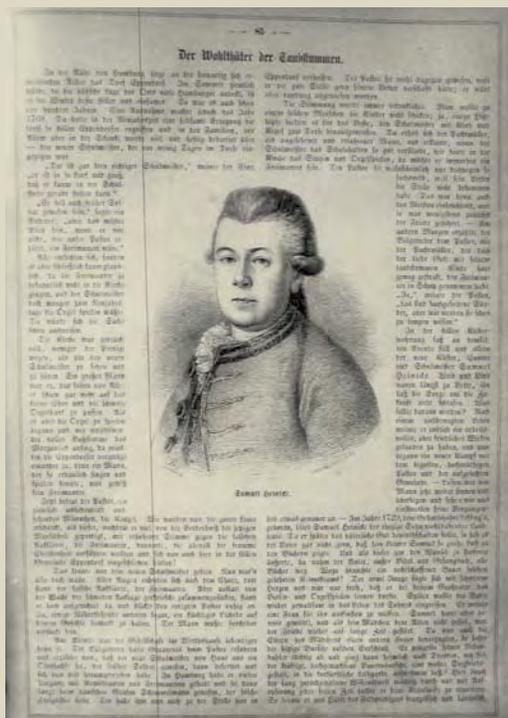
Ein Straßenschild erinnert in Hamburg an den Begründer der Lautsprachmethode im Unterricht für Gehörlose.

Von Prof. Dr. Volker Lehmann

In der Neujahrszeit 1769 hatte die sonst so stillen Eppendorfer eine gewisse Unruhe ergriffen. Im Gasthof und in den Familien wurde heftig über den neuen Schulmeister debattiert, der vor wenigen Tagen im Dorf eingezogen war. Er soll ein rüder Soldat gewesen sein und was viel gefährlicher war, er soll, wie der Dorfpastor behauptete, Freimaurer sein. Freimaurer besuchten nicht die Gottesdienste. Zu den Aufgaben des Schulmeisters gehörten aber am Sonntag in der Kirche, die Lieder anzustimmen und die Orgel zu spielen. In Eppendorf war man daher auf den Neujahrgottesdienst sehr gespannt. Würde der Schulmeister kommen und seine Aufgaben wahrnehmen?

Die falschen Aufklärer

An jenem Tage war die Kirche gedrückt voll. Ein großer stattlicher Mann war der Schulmeister; mit wohl tönender Bassstimme sang er das Morgenlied, erbaulich klang die Orgel. Wer so musizieren kann, war gewiss kein Freimaurer. Und doch, der Pastor wettete in seiner Predigt gegen die falschen Aufklärer, die überall die fromme Christenheit verführen wollten. Die Dorfbewohner waren verunsichert. Der Bälgetreter von der Orgel hatte vom Pastor erfahren und trug es weiter, der Neue habe in Hamburg Umgang mit Komödianten und Freimaurern gehabt und sei lange beim dänischen Grafen Schimmelmänn gewesen, der die Freigeister liebe. Die Enkeltochter des Grafen taucht übrigens in Fontanes Roman „Unwiederbringlich“ auf als verblühende Schönheit am dänischen Hofe. „Nur ihre schwarzen Augen erinnerte



„In der Nähe von Hamburg liegt an der seenartig sich erweiternden Alster das Dorf Eppendorf.“ So beginnt in der „Gartenlaube“ von 1870 auf vier eng bedruckten Seiten die Geschichte von Samuel Heinicke, dem „Wohlthäter der Taubstummen“, dem Begründer der international anerkannten Lautsprachmethode im Unterricht für Gehörlose

ten noch an Vergangenes. Alles andere aber war in Migräne und gelbem Teint untergegangen.“

Bedenkliche Stimmung

Dieser Graf soll dem Schulmeister zur Stellung in Eppendorf verholten haben, die so gern der Vetter des Pastors eingenommen

hätte. Die Stimmung im Dorfe wurde bedenklich. Zu solch einem Menschen wollte man seine Kinder nicht schicken. Dagegen wandte sich der Pachtmüller, ein angesehener Mann im Dorf, der meinte, wer so gut singen und Orgel spielen kann wie der neue Lehrer, dem könne man seine Kinder anvertrauen, selbst wenn er Freimaurer sei.

Samuel Heinicke, so hieß der Neue im Dorf, hatte tatsächlich Kontakt mit den Freimaurern gehabt. Er war aus Liebeskummer und Prügel für den falschen Bräutigam vom väterlichen Gut zur kurfürstlichen Leibgarde geflohen, wo er mit seiner stattlichen Erscheinung willkommen war. Er geriet in preußische Gefangenschaft, floh in die freie Hansestadt Hamburg, wo Lessing und Cramer sowie die Loge dem armen Flüchtling halfen und ihm Privatstunden vermittelten. Später kam er als Sekretär ins Haus des Grafen Schimmelmänn.

Das Kind des Pachtmüllers

Die Kinder aus Eppendorf, zunächst von den Eltern gegen den Schulmeister aufgewiegelt, konnten sich dem pädagogischen Einfluss ihres Lehrers nicht entziehen. Zum großen Staunen der Eltern gingen die Kinder jetzt gern zur Schule. Die Beziehung der Alten im Dorf zu ihrem Schulmeister entspannte sich. Unter den Schülern war auch das taubstumme Kind des Pachtmüllers. Heinicke nahm sich seiner besonders an. Er sann auf Mittel und Wege, auch dieses Kind zu bilden. Schreiben zu lernen, war keine Schwierigkeit. Heinicke überlegte aber, ob der Junge nicht soviel von der Sprache lernen

könnte, dass es ihm möglich war, sich auch mündlich mit anderen Menschen zu verständigen. Das gesprochene Wort war so wichtig für die Kommunikation, weil die meisten Menschen, besonders auf den Dörfern, damals nicht schreiben und lesen konnten. Heinicke forschte nach, ob nicht schon in früherer Zeit Versuche gemacht worden waren, Taubstummen eine Sprache zu vermitteln. Er fand eine Schrift des Schweizer Arztes Johann Conrad Ammann aus dem vorhergehenden Jahrhundert mit dem Titel „surdus loquens“ (der redende Taubstumme). Dieser hatte seinen Schülern, die jedem Laut eigene Mundstellung gezeigt und sie dazu angeleitet, sie vor dem Spiegel nachzuahmen. Ammann ließ den Schüler, während er den Laut aussprach, seine Hand an die Kehle des Lehrers legen und ihn die Vibrationen der Luftröhre spüren. Dann legte der Schüler seine Hand an die eigene Kehle und versuchte, die gleiche Vibration und damit den vorgegebenen Ton zu erzeugen.

Das Sprechen lehren

Heinicke verfeinerte und baute die Methode aus. Zur großen Freude des Pachtmüllers und zum großen Erstaunen der Eppendorfer Bewohner begann der stumme Junge zu

sprechen. Zwei Jahre später konnte er zur Konfirmation angemeldet werden. Aber der Pastor sperrte sich und predigte am nächsten Sonntag gegen den Schulmeister, der Gott meistern wolle, da er den, welchen Gott gezeichnet habe, den Taubstummen, das Sprechen lehre. Heinicke fuhr mit seinem Zögling nach Hamburg zum Hauptpastor Götze, dem bekannten Gegner Lessings. Der examinierte den Jungen und war mit dem Ergebnis überaus zufrieden. Der Pastor von Eppendorf musste auf höheren Befehl den kleinen Müllerssohn konfirmieren.

Hoher Besuch

Heinicke's Lehrverfahren sprach sich herum. Die Eppendorfer staunten, was für vornehmen Besuch ihr Schulmeister erhielt. Sprachlos waren sie, als 1774 der russische Graf von Bietinghof vorfuhr und seine taubstumme Tochter brachte. Bald war die Dorfschule überfüllt, der Schulmeister überfordert. Er wollte die Schulmeisterei aufgeben und ein Institut zur Ausbildung von Taubstummen gründen. Graf Schimmelmann, sein Gönner, schlug Wandsbek als Standort für das geplante Institut vor. Für Heinicke war Wandsbek zu klein, zu dörflich. Er hätte Altona als größere Stadt bevorzugt oder Hamburg. Die Ver-

handlungen mit dem Grafen waren erfolglos. Als dann ein Hauptmann namens Schröder aus Sachsen nach Eppendorf kam, der fasziniert von Heinicke's Arbeit war, ihm nicht nur von der alten Heimat Sachsen erzählte, sondern auch ein Institut und eine gute Besoldung in Aussicht stellte, war die Entscheidung gefallen. Der Kurfürst Friedrich August befürwortete die Angelegenheit. Heinicke durfte sich den Ort für sein Institut in Sachsen wählen. Er entschied sich für Leipzig. Im April 1778 kam er mit Familie und neun taubstummen Zöglingen in Sachsen an. Seine Lautsprachmethode im Unterricht für Gehörlose setzte sich in den folgenden Jahren auf internationaler Ebene durch. Die Taubstummen-Lehranstalt besteht heute noch: Samuel-Heinicke-Schule, Leipzig, in der Trägerschaft des Freistaates Sachsen. Sie hat zurzeit 220 Schüler. Damals hat Hamburg sich den Ruhm entgehen lassen, die erste Taubstummen-Anstalt in Deutschland zu beherbergen. Eine Straße in Eppendorf haben die Hamburger nach Heinicke benannt. Kurz und kahl ist die Straße, ohne Information zur Person ist das Schild.

Prof. Dr. Volker Lehmann ist Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Ruhestand.

WAS HIER FEHLT, IST IHRE SPENDE.

Damit **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in Krisengebieten und bei Katastrophen auf der ganzen Welt schnell und unbürokratisch Leben retten kann – spenden Sie mit dem Verwendungszweck „Ohne Grenzen“.

Bitte schicken Sie mir unverbindlich Informationen

- über **ÄRZTE OHNE GRENZEN**
- zu Spendenmöglichkeiten
- für einen Projekteinsatz

Name

Anschrift

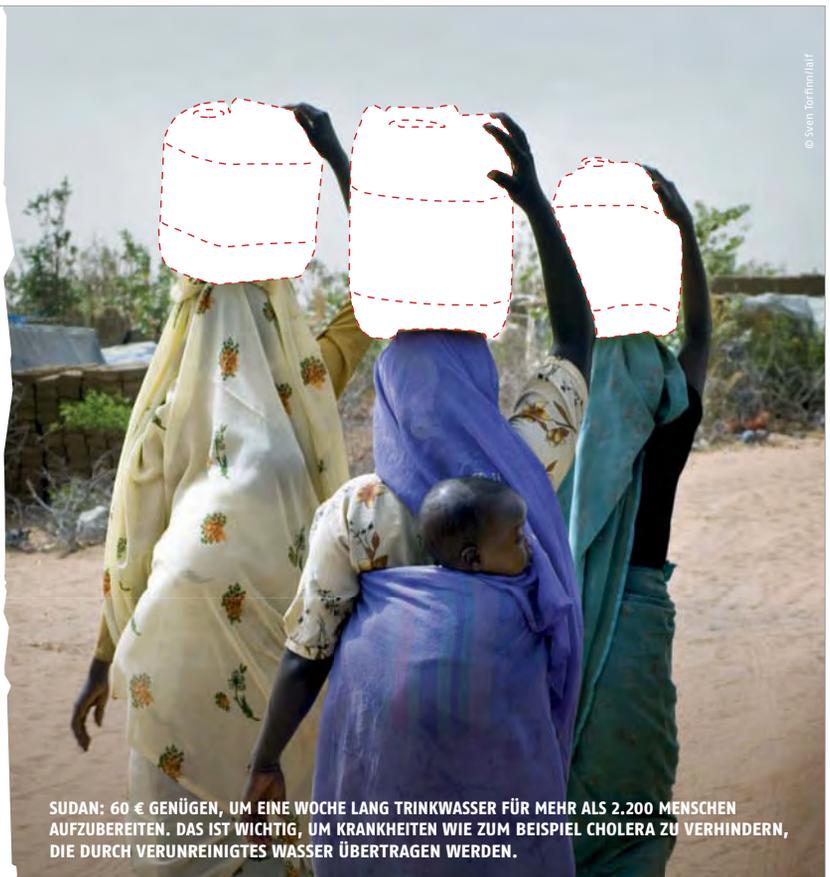
E-Mail

ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V. • Am Köllnischen Park 1 • 10179 Berlin
Fax: 030 22 33 77 88 • www.aerzte-ohne-grenzen.de

Spendenkonto 97 0 97
Bank für Sozialwirtschaft
BLZ 370 205 00



11100940



SUDAN: 60 € GENÜGEN, UM EINE WOCHE LANG TRINKWASSER FÜR MEHR ALS 2.200 MENSCHEN AUFZUBEREITEN. DAS IST WICHTIG, UM KRANKHEITEN WIE ZUM BEISPIEL CHOLERA ZU VERHINDERN, DIE DURCH VERUNREINIGTES WASSER ÜBERTRAGEN WERDEN.



Prof. Dr. Rainer Richter

Präsident der Psychotherapeutenkammer Hamburg und der Bundespsychotherapeutenkammer (li.) und

Dr. Frank Ulrich Montgomery,

Präsident der Ärztekammer Hamburg und Vizepräsident der Bundesärztekammer

Psychische Erkrankungen Zum ersten Mal veranstalteten Ärztekammer und Psychotherapeutenkammer Hamburg gemeinsam eine Tagung. Das Thema lautete „Seelische Gesundheit im Berufsalltag“.

Von Nicola Timpe

Wenn die Seele streikt ...

Traurige Aktualität hatte das Thema „Seelische Gesundheit im Berufsalltag“, das im November im Ärztehaus von Personalverantwortlichen, Arbeitsmedizinern, Betriebs- und Personalräten, Vertretern von Selbsthilfegruppen sowie anderen, fachlich Interessierten diskutiert wurde. Der Freitod von Robert Enke lag gerade einmal acht Tage zurück. Der Fußballprofi war seit 2003 mehrfach wegen Depressionen in psychiatrischer Behandlung gewesen – in einer anderen Stadt, damit niemand etwas merkt. Öffentlich zu seiner Krankheit bekannt hat er sich nie. Nicht einmal gegenüber Spielerkollegen aus der Nationalmannschaft, wo er als Kandidat für die Weltmeisterschaft in Südafrika gehandelt wurde. Zu groß muss die Angst vor Stigmatisierung gewesen sein, einer der Workshop-Themenschwerpunkte im Ärztehaus. Doch auch wenn sich Betroffene mit ihrer Erkrankung allein fühlen, sie sind es nicht.

Es kann jeden treffen

Psychische Erkrankungen wie Depressionen, Burn-Out und Angststörungen stehen in der Statistik mittlerweile auf Platz vier der häufigsten Krankheiten am Arbeitsplatz und sind der Hauptgrund für ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf. Nach den Ergebnissen des Bundes-Gesundheitsurveys (2004) litt jeder dritte erwachsene Deutsche im Laufe des Erhebungsjahres an einer psychischen Störung. Das sind über 16 Millionen Menschen. „Es kann jeden treffen“, sagte Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Ärztekam-

mer Hamburg und Vizepräsident der Bundesärztekammer, in seinem Grußwort. Der erste Schritt zur Lösung sei, das Problem überhaupt zu erkennen.

Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Psychotherapeutenkammer Hamburg und der Bundespsychotherapeutenkammer, präsentierte weitere, erschreckende Zahlen aus der Arbeitswelt: Rund fünf Prozent der Arbeitnehmer und etwa 20 Prozent der Studenten in Deutschland greifen einmal im Leben zu leistungssteigernden Medikamenten (meist Amphetamin-Präparate), im Volksmund „Gehirndoping“ genannt.

Wandel der Arbeitswelt

Eine erste Untersuchung aus den 30er Jahren (Marienthal-Studie) belegte bereits, dass es erhebliche Belastungen am Arbeitsplatz gibt. Der Medizin-Soziologe Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, berichtete in seinem Vortrag über den heutigen Stand der Forschung und Auswirkungen psychosozialer Belastungen auf die Gesundheit.

Aufgrund des Wandels der Arbeitswelt und der Arbeitsbedingungen (technischer Fortschritt, Ausbreitung von Informationstechnologien, verbesserter Arbeitsschutz) verlagerten sich physikalische und chemische Arbeitsbelastungen immer mehr hin zu psychosozialen Belastungen (Distress). Hinzu kämen psychosoziale Arbeitsbelastungen durch die Wirtschaftskrise. Arbeitsintensität und Arbeitsplatzunsicherheit stiegen, Lohn- und Gehaltseinbußen folgten, das Betriebs-

klima – das „soziale Kapital“ in Betrieben – verschlechterte sich.

Hamburg verzeichnet im Vergleich zu anderen deutschen Städten einen traurigen Spitzenplatz in der Statistik in Bezug auf die Raten von Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen (Anteil am Krankenstand 2008: 25,8 %).

Hohe Anforderungen, wenig Entscheidungsspielraum

Von dem Knesebeck stellte zwei Modelle vor, die genutzt werden, um psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz zu messen.

Das Anforderungs-Kontroll-Modell von Robert A. Karasek richtet sich nach den Komponenten Arbeitsbelastung und quantitative Anforderung versus Entscheidungsspielraum. Wird bei gleichzeitig geringem Kontroll- und Entscheidungsspielraum viel vom Arbeitnehmer verlangt, steigt die psychosoziale Belastung.

Nach dem Modell beruflicher Gratifikationskrisen (*Effort Reward Imbalance, ERI*) von Johannes Siegrist erkrankt eine Person dann, wenn sie sich stark verausgibt und dafür nicht in angemessener Weise entschädigt wird. Der eigene Einsatz (Engagement, Wissen, Zeit, Identifikation, Leistung und Persönlichkeit) wird nicht durch entsprechende Belohnung (Lohn, Gehalt, Wertschätzung, Aufstiegsmöglichkeiten, Arbeitsplatzsicherheit) kompensiert. Menschen mit besonders hoher Verausgabebereitschaft sind somit auch besonders gefährdet zu erkranken. Allerdings gibt es geschlechterspezifische Unter-

schiede: Eine Studie aus Dänemark (Rugulies et al. (2006), *Am J Epidemiol*, 163: 877) kommt zu dem Ergebnis, dass Frauen ein zweifach erhöhtes Risiko haben, wenn Entscheidungsspielraum und sozialer Rückhalt gering sind, wohingegen das Erkrankungsrisiko bei Männern eher vom Faktor Arbeitsplatzunsicherheit abhängig ist.

Von dem Knesebeck untersuchte selbst im vergangenen Jahr Distress und Burnout bei chirurgisch tätigen Krankenhausärzten (N=1311) und kombinierte dabei die zwei Modelle. Das Ergebnis: Chirurgisch tätige Klinikärzte haben im Vergleich zu anderen Berufsgruppen ein fast neunfach erhöhtes Risiko, an einem Burnout-Syndrom zu erkranken. Eine weitere Untersuchung zu psychosozialen Arbeitsbelastungen und zur Qualität der Patientenversorgung bei chirurgisch tätigen Krankenhausärzten belegt: Nicht nur die (psychische) Gesundheit der Erwerbstätigen wird durch psychosoziale Arbeitsbelastungen beeinträchtigt, sondern auch die Qualität der Arbeit (Knesebeck et al. 2009). Dieses Argument sowie die Tatsache, dass psychische Störungen inzwischen ein großer Kostenfaktor für Unternehmen sind (s. Abb.), dürfte Anreiz genug für Arbeitgeber sein, sich in der Zukunft eingehender mit dem Thema zu beschäftigen – so wie es ökonomisch erfolgreiche Betriebe in den USA bereits tun. Ihre Strategien lauten: Arbeitsplatzsicherheit, gezielte (sorgfältige) Personaleinstellungspolitik, dezentrale Entscheidung, verstärkte Teamarbeit, individuelle, leistungsorientierte Bezahlung, systematische und extensive Schulung, Abbau von Statusunterschieden zwischen den innerbetrieblichen Positionsgruppen (z. B. Zimmergröße, Anrede etc.) und eine offene Informationspolitik (Transparenz), v. a. bezüglich der Betriebsergebnisse (J. Pfeffer, 1998).

Psychotherapie hilft, nutzt und heilt

Prof. Dr. Bernhard Strauß vom Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie am Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena berichtete in seinem Vortrag „Psychotherapie hilft, nutzt und heilt“, dass mindestens 30 % aller Patienten im Akutkrankenhaus psychische/psychosomatische Störungen aufweisen. Bei 10 % bestünde eine Interventionsnotwendigkeit, jeweils etwa die Hälfte aus dem Bereich der Psychotherapie bzw. der Psychiatrie (Herzog et al., 2003). Nach den Statistiken der Deutschen Rentenversicherung entfielen außerdem im Jahr 2007 ein Drittel aller Berentungen

wegen verminderter Erwerbsfähigkeit auf die Gruppe der psychischen Erkrankungen (gegenüber 15 % in 1993). Dabei liege der Anteil bei Frauen höher als bei Männern (40 % vs. 29 %). Seit 2003 seien psychische Erkrankungen auch bei Männern Hauptursache für Berentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Der Nutzen von Psychotherapie ist heute eindeutig belegt. Wesentliche Punkte seien hierbei Symptombesserung, Selbsteffizienz, Lebensqualität und auch der ökonomische Nutzen, da jährliche Behandlungskosten der Psychotherapie in Einzel- oder Gruppensitzungen häufig deutlich unter denen einer medikamentösen Behandlung liegen (Otto et al., 2000; Margraf, 2009). „Psychotherapie ist auch unter klinischen Routinebedingungen wirksam, wirkt langfristig und in der Regel dauerhafter als psychotrope Medikamente“, erklärte Strauß.

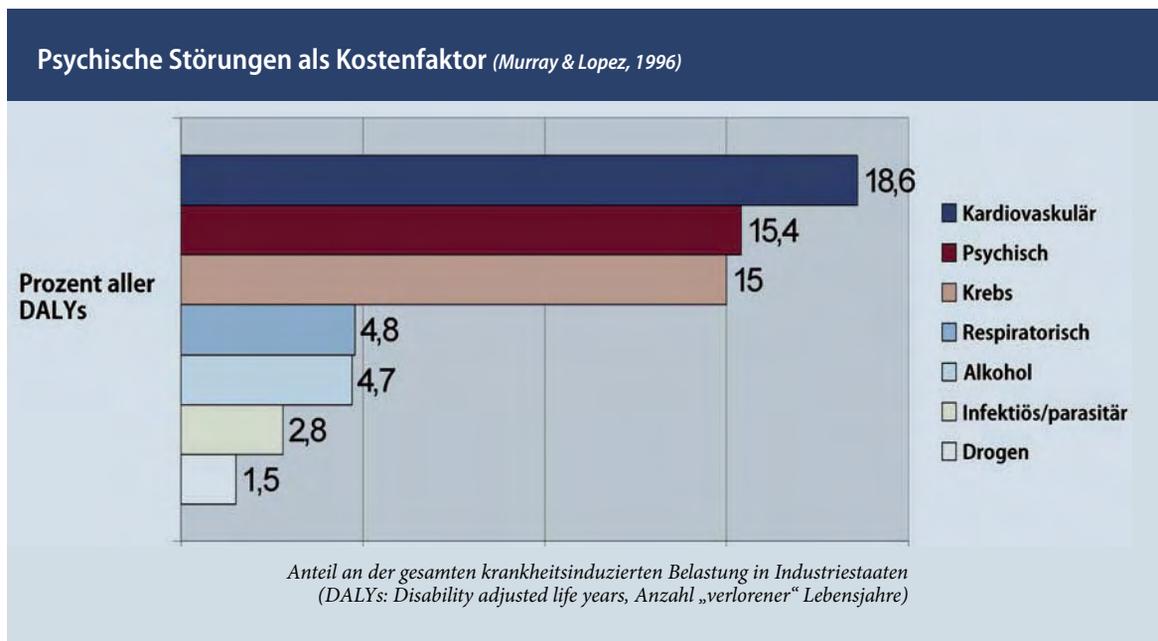
Umgang mit psychisch Erkrankten lernen

Der Umgang mit psychisch Erkrankten fällt Führungskräften und Kollegen oft schwer, die Unsicherheit ist groß. Welche ist die rich-

oder offensichtlichen Leidensdruck, wie bedrückter Stimmung über längere Zeit, können darauf hinweisen. Der Arbeitgeber sollte auf die Hilfe von Fachleuten zurückgreifen, darüber herrschte Einigkeit im Workshop. Dies kann der Betriebsarzt sein oder auch ein Spezialist der Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse. „Eine Anlaufstelle innerhalb oder außerhalb des Betriebes zu schaffen, ist auf alle Fälle sinnvoll“, sagte Dr. Dipl. Psych. Michael Peschke, Arbeitsmedizinischer Dienst der Freien und Hansestadt Hamburg.

Eine gute Übersicht über Handlungshilfen für die betriebliche Praxis gibt die Broschüre „Psychisch krank im Job. Was tun?“, erstellt von BKK und Familien Selbsthilfe Psychiatrie. Sie ist im Internet unter www.psychiatrie.de/familienselbsthilfe → *Publikationen* zu finden.

Mitinitiator der Tagung, Dr. Hans Ramm, Psychotherapeut und Mitglied im Vorstand der Ärztekammer Hamburg, leitete den Workshop „Psychisch krank ohne Stigma?“, in dem vor allem für eine bessere Kommunikation zwischen Vorgesetzten und Betroffenen geworben wurde. „Stigmatisierung ist nach wie vor ein großes Thema in den



tige Strategie, welcher Ton der richtige, um psychisch erkrankte Mitarbeiter auf ihre Erkrankung anzusprechen? Diese Fragen wurden im Workshop „Umgang mit psychischen Erkrankungen im Betrieb“ thematisiert. Zunächst sei es wichtig, die Zeichen richtig zu deuten und auf Veränderungen zu achten, meinte eine Teilnehmerin. Hohe Ausfallzeiten durch Krankheit können ein Symptom sein wie auch auffälliges Verhalten am Arbeitsplatz (Selbstgespräche, Zwänge oder Wahrnehmung unrealistischer Dinge). Auch ein verändertes Sozialverhalten in Form von sozialem Rückzug, starker Gereiztheit

Firmen“, so Ramm. „Vorgesetzte fungieren als Vorbild für die gesamte Belegschaft und müssen im Umgang mit psychisch Kranken geschult werden.“

Dies war auch der Tenor im Workshop „Sucht“. Dr. Klaus Beelmann, Geschäftsführender Arzt der Ärztekammer Hamburg, stellte das Suchtinterventionsprogramm der Kammer als ein konkretes Beispiel für ein berufsbegleitendes Hilfesystem dar. Fragen zur Motivation und Veränderungsbereitschaft der Betroffenen sowie zu Art und Umfang notwendiger Kontrollen wurden diskutiert.

DER BLAUE HEINRICH

von Dr. Hanno Scherf, aus: „Hundert Freuden“ von Wislawa Szymborska

„Machen Sie sich
bitte frei“

Wislawa Szymborska
erhielt 1996 den Nobelpreis
für Literatur.

Bekleidung

Du legst, wir legen, sie legen ab
die Mäntel, Jacken, Röcke, Blusen
aus Wolle, Baumwolle, Kunststofffaser,
die Unterröcke, Hosen, Jacken, Wäsche,
legen sie hin, hängen sie auf, werfen sie über
die Stuhllehne, einen Flügel der spanischen Wand,
vorläufig, sagt der Arzt, ist's nichts Ernstes,
zieh Sie sich an, ruhn Sie sich aus, verreisen Sie,
nehmen Sie das im Notfall, vor dem Schlaf, nach dem Essen,
kommen Sie in drei Monaten wieder, in einem Jahr,
anderthalb,
siehst du, und du hast gedacht, und wir hatten Angst,
und ihr habt vermutet, und er hatte den Verdacht,
nun ist es Zeit, zu knöpfen, zu binden, zu schließen
mit immer
noch zitternden Händen
die Schnürsenkel, Druckknöpfe, Klammerchen, Ösen,
Gürtel, Krawatten, Kragen
und aus den Ärmeln, den Handtaschen, Taschen
das arg zerknüllte, getupfte, gestreifte, geblünte Halstuch
von plötzlich verlängerter Nützlichkeit wieder herauszuholen.

IHRE DIAGNOSE?

Lösung Sono-Quiz von Seite 25

Vascularisation der Raumforderung im Power Mode

Raumforderung im Ver Seg. der Leber mit zentraler, sternförmiger Narbe und einer Arterie, deren Äste radspeichenartig in die Peripherie ziehen. Sonographisch handelt es sich um eine klassische FNH (fokal noduläre Hyperplasie), also einen nicht malignen Lebertumor.



Je nach Lokalisation kann eine FNH z.B. durch Größenprogression unspezifische Beschwerden verursachen.

Im Falle der Patientin sistierten die Beschwerden aber prompt nach Therapie der Gastritis. Die FNH blieb in allen sonographischen Kontrollen über Monate größenkonstant und bedurfte keiner weiteren Diagnostik oder Therapie.

Impressum

Offizielles Mitteilungsorgan
der Herausgeber
Ärztekammer Hamburg und
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Für den Inhalt verantwortlich
Dr. med. Hanno Scherf

Redaktion
Nicola Timpe, Dorth Kieckbusch

Verlag
Hamburger Ärzteverlag GmbH & Co KG
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Telefon: 0 40 / 20 22 99-2 05
Fax: 0 40 / 20 22 99-4 00
E-Mail: verlag@aekhh.de

Anzeigen
Verlag Francis von Wels,
Inhaber Heiner Schütze e.K.
Marschnerstieg 2, 22081 Hamburg
Postfach 76 12 20, 22062 Hamburg
Telefon: 040 / 29 80 03 - 0
Fax: 040 / 29 80 03 90

Anzeigenleitung: Bernd Roloff
Telefon: 040 / 29 80 03 - 22

E-Mail: info@wels-verlag.de
Internet: www.wels-verlag.de
Gültig ist die Anzeigenpreisliste Nr. 40
vom 01.01.2010

Abonnement
Jährlich 69,98 Euro inkl. Versandkosten
Kündigung acht Wochen
zum Halbjahresende

Geschäftsführer
Donald Horn

Mit Autorennamen gekennzeichnete
Beiträge stellen nicht in jedem Falle die
Meinung der Redaktion dar.
Für unverlangt eingesandte Manuskripte
wird keine Haftung übernommen.
Die Redaktion behält sich Kürzungen vor

Grafische Konzeption
Peter Haase
info@studiohaase.de

Druck
Sächsisches Druck- und Verlagshaus AG
Auflage: 15 350

Titel: Peter Haase

Redaktionsschluss ist jeweils
am 15. des Vormonats.
Das nächste Heft erscheint am
10. Februar.

ÄRZTEKAMMER HAMBURG

Zwischenprüfung für auszubildende Medizinische Fachangestellte

Die Zwischenprüfung des Jahrganges August 2008 findet am Mittwoch, den 24. Februar 2010 um 14 Uhr in der Staatlichen Schule Gesundheitspflege in Wilhelmsburg statt. Die Auszubildenden sind gemäß Ausbildungsvertrag § 2 k) zur Teilnahme an der Zwischenprüfung freizustellen. Nach den Bestimmungen des § 48 Berufsbildungsgesetz ist während der Berufsausbildung zur Ermittlung des Ausbildungsstandes eine Zwischenprüfung entsprechend der Ausbildungsordnung durchzuführen.

309. Sitzung der Delegiertenversammlung

Die 309. Sitzung der Delegiertenversammlung findet statt am

Montag, 18. Januar 2010, 20 Uhr,

Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg, (Ärztelhaus) Saal 1 + 4

Auf der Tagesordnung stehen u. a. folgende Punkte:

Förderung Weiterbildung Allgemeinmedizin, Nachwahl von Prüfern/Fachbeisitzern, die Novellierung der Gebührenordnung, die Wahl der Delegierten für den 113. Deutschen Ärztetag in Dresden, die Nachberufung von nichtärztlichen Mitgliedern für die Ethik-Kommission und Anonyme Krankenscheine für Papierlose.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HAMBURG

Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen

Chirurgie

Ein Facharzt für Chirurgie in 21073 Hamburg hat mit Ablauf des 31.03.2010 auf seine hälftige vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.
Kennziffer: 01/10 C

Ein Praktischer Arzt mit der fachärztlichen Versorgung im Bereich Chirurgie in 20144 Hamburg hat mit Ablauf des 31.03.2010 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Als Nachfolger/in wird eine/e Chirurg/in mit der Qualifikation zur Erbringung von Koloskopien gesucht. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.
Kennziffer: 10/10 C

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Eine Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in 20359 Hamburg hat mit Ablauf des 31.03.2010 auf ihre vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.
Kennziffer: 02/10 F

Hausärzte

Ein Facharzt für Allgemeinmedizin in 22303 Hamburg hat mit Ablauf des 31.03.2010 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.
Kennziffer: 03/10 HA

Ein Facharzt für Allgemeinmedizin in 22527 Hamburg hat mit Ablauf des 31.03.2010 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet.
Kennziffer: 04/10 HA

Ein Facharzt für Innere Medizin (hausärztliche Versorgung) in 22457 Hamburg hat mit Ablauf des 31.03.2010 auf seine vertragsärztliche Zulassung

verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.
Kennziffer: 05/10 HA

Ein Facharzt für Innere Medizin (hausärztliche Versorgung) in 22043 Hamburg hat mit Ablauf des 31.03.2010 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet.
Kennziffer: 06/10 HA

Ein Facharzt für Innere Medizin (hausärztliche Versorgung) in 20149 Hamburg hat mit Ablauf des 31.03.2010 auf seine hälftige vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.
Kennziffer: 07/10 HA

Innere Medizin

Ein Facharzt für Innere Medizin (fachärztliche Versorgung) in 22177 Hamburg hat mit Ablauf des 31.03.2010 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.
Kennziffer: 08/10 I

Radiologie

Ein Facharzt für Diagnostische Radiologie in 22559 Hamburg hat mit Ablauf des 31.03.2010 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragsarztsitz derzeit innerhalb einer KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.
Kennziffer: 11/10 R

Psychologische Psychotherapeuten

Eine Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) in 20259 Hamburg hat mit Ablauf des

31.03.2010 auf ihre vertragspsychotherapeutische Zulassung verzichtet.
Kennziffer: 12/10 PSY

Eine Psychologische Psychotherapeutin (Tiefenpsychologie) in 20099 Hamburg hat mit Ablauf des 30.06.2010 auf ihre vertragspsychotherapeutische Zulassung verzichtet. Wir weisen daraufhin, dass der Vertragspsychotherapeutenitz derzeit innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeübt wird.
Kennziffer: 13/10 PSY

Ein Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie) in 20095 Hamburg hat mit Ablauf des 31.03.2010 auf seine hälftige vertragspsychotherapeutische Zulassung verzichtet.
Kennziffer: 14/10 PSY

Sofern Sie an einer Nachfolge interessiert sind, richten Sie Ihre formlose Bewerbung bitte bis zum **31. Januar 2010** schriftlich an die Kassenärztliche Vereinigung – Abteilung Arztregister – Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg.

Diese Unterlagen werden den (hälftig) ausscheidenden Vertragsärzten, den verbleibenden Ärzten, den (hälftig) ausscheidenden Vertragspsychotherapeuten sowie der verbleibenden Vertragspsychotherapeutin zur Verfügung gestellt.

Telefonische Auskünfte über die Verfahren bzw. die abzugebenden Praxen erteilt Ihnen gern Frau Steinmann, Tel. 040 / 2 28 02-3 26.

Mitteilungen

Veröffentlichung gem. § 16 b Abs. 4 Ärzte-ZV

1. Anordnung von Zulassungsbeschränkungen

„Der Zulassungsausschuss für Ärzte – Hamburg – teilt dem Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen mit Schreiben vom 02.11.2009 mit, dass unter Berücksichtigung der Beschlusslage im Landesausschuss für die Arztgruppe der Augenärzte wieder Überversorgung im Sinne des § 103 Abs. 1 SGB V und § 16 b Ärzte-ZV eingetreten ist.

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen stellt unter Berücksichtigung seiner Beschlüsse vom 05.08.2009 fest, dass gem. § 103 Abs. 1 Satz 2 SGB V und § 16 b Abs. 3 Satz 2 Ärzte-ZV für

- Augenärzte

ab 09.09.2009 wieder Zulassungsbeschränkungen bestehen.“

2. Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen

„Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat die Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg vom 02.11.2009 über den Versorgungsgrad zum 01.10.2009 geprüft und festgestellt, dass danach für die folgenden Arztgruppen zurzeit keine Überversorgung besteht:

- Frauenärzte
- Hausärzte

Der Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen wird daher für die Arztgruppe Frauenärzte gem. § 103 Abs. 3 SGB V, § 16 b Abs. 3 Satz 2 Ärzte-ZV und § 23 Absatz 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie mit der Auflage aufgehoben, dass Zulassungen für diese Arztgruppen nur solange erfolgen dürfen, bis für sie wieder Überversorgung eingetreten ist. Da die Arztgruppe Hausärzte weiterhin geöffnet bleibt, ist ein neuer Beschluss des Landesausschusses nicht erforderlich. Überversorgung tritt wieder ein, wenn durch Nachrücken einer bereits erteilten beschränkten Zulassung bei gemeinsamer vertragsärztlicher Tätigkeit mit einem bereits zugelassenen Vertragsarzt desselben Fachgebietes (Job-Sharing-Zulassung gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V und § 23 Abs. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie), die Beschränkung der Leistungsbegrenzung bei angestellten Ärzten (gem. § 101 Abs. 1 Nr. 5 und § 23 Abs. 2 a Bedarfsplanungs-Richtlinie) aufgehoben und/oder durch entsprechende Neuzulassungen zur vertragsärztlichen Tätigkeit innerhalb der Arztgruppen

- Frauenärzte insgesamt 283 Ärzte
- Hausärzte insgesamt 1.233 Ärzte

zugelassen sind (incl. der angestellten Ärzte gem. § 32 b Ärzte-ZV sowie der angestellten Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren gem. § 95 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 38 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Über Anträge auf Neuzulassungen hat der Zulassungsausschuss gem. Abschnitt 4 § 23 Abs. 3 Ziffer 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie zu entscheiden.“ Hamburg, den 04.12.2009

Der Vorsitzende
Sven Hennings

Anmerkung der Kassenärztlichen Vereinigung:

Auf der Basis der Bedarfsplanung zum Stichtag 01.10.2009 sind für die folgenden Arztgruppen keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet:

- Frauenärzte
- Hausärzte

Im einzelnen ergibt sich auf den Planungszeitpunkt 01.10.2009 bezogen folgender Sachverhalt:

Arztgruppe	Arztbestand zum 01.10.2009	Grenze zur Überversorgung
Frauenärzte	281	283
Hausärzte	1.223	1.233

Mögliche Neuzulassungen aufgrund der Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen

Durch Nachrücken von bereits gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V i.V.m. § 23 a Bedarfsplanungs-Richtlinie zugelassenen Vertragsärzten und Aufhebung von Beschränkungen der Leistungsbegrenzung bei angestellten Ärzten gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V i.V.m. § 23 i Bedarfsplanungs-Richtlinie sind in der Arztgruppe Frauenärzte, keine Neuzulassungen mehr möglich.

Anträge auf Neuzulassungen für die partiell geöffnete Arztgruppe der Hausärzte müssen vollständig bis spätestens 10.02.2010 mit den dazugehörigen

Unterlagen gem. § 18 Ärzte-ZV bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses eingegangen sein. Über die Anträge auf Neuzulassungen entscheidet der Zulassungsausschuss gem. Abschnitt 4 § 23 Absatz 3 Ziffer 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie unter Berücksichtigung folgender Kriterien:

- berufliche Eignung
- Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit
- Approbationsalter
- Dauer der Eintragung in die Warteliste gem. § 103 Abs. 5 Satz 1 SGB V.

Entsprechend § 103 Abs. 4 Satz 5 SGB V sind vorrangig Allgemeinärzte zu berücksichtigen.

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg hat in ihrer Sitzung am 19. November 2009 folgende Änderungen in den Ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg vom 12. Juni 2008 beschlossen:

1. § 5 (Honorarausgleichsfonds) wird wie folgt neu gefasst:

§ 5

Honorarverrechnungskonten

Über die hausärztlichen, fachärztlichen und psychotherapeutischen Honorarverrechnungskonten sind z. B. verspätet eingereichte Honorarforderungen, nachträgliche sachlich/rechnerische Berichtigungen, Berichtigungen wegen Unzuständigkeit des Kostenträgers und Honorarkürzungen aufgrund von Beschlüssen der Prüfungseinrichtung nach § 106 SGB V abzuwickeln.

2. Nach § 7 (Honoraranspruch) wird folgender § 8 (Honorarkürzung nach § 95 d SGB V) eingefügt:

§ 8

Honorarkürzung nach § 95 d SGB V

(1) Der Honoraranspruch der Arztpraxis gemäß § 7 wird bei nicht oder nicht vollständig erbrachtem Fortbildungsnachweis für die ersten vier Quartale, die auf den Fünfjahreszeitraum nach § 95 d Abs. 3 SGB V folgen, um 10 vom Hundert gekürzt, ab dem darauf folgenden Quartal um 25 vom Hundert.

(2) Die Honorarkürzung beginnt mit dem Honorarbescheid für das erste auf den Fünfjahreszeitraum folgende Quartal. Sie endet nach Ablauf des Quartals, in dem der vollständige Fortbildungsnachweis erbracht wird. Maßgeblich für Beginn und Ende der Honorarkürzung ist der Zeitpunkt der anerkannten Fortbildungsmaßnahme.

(3) Die Honorarkürzung bezieht sich auf die mit dem Honorarbescheid abgerechnete Vergütung für vertragsärztliche Tätigkeit im Umfang des § 2 BMV-Ä / § 2 EKV. Vergütungen aus den Kapiteln 32 und 40 EBM, Kostenerstattungen für gesondert abrechnungsfähige Materialien (§ 44 Abs. 5 BMV / § 13 Abs. 5 EKV) sowie sonstige vereinbarte Kostenpauschalen unterliegen keiner Kürzung.

(4) Bei gemeinsamer Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit, bei Medizinischen Versorgungszentren und bei Arztpraxen mit angestellten Ärzten bzw. Psychotherapeuten wird die Kürzung des Honoraranspruchs der Arztpraxis gemäß § 7 über eine Kürzung des Honoraranteils desjenigen Arztes bzw. Psychotherapeuten ermittelt, der den Fortbildungsnachweis nicht oder nicht vollständig erbracht hat. Die Zuordnung der Leistungen zur Ermittlung des Honoraranteils erfolgt mittels der zur Kennzeichnung der Leistungen angegebenen Arztnummer (LANR). Soweit eine solche Zuordnung nicht möglich ist, erfolgt die anteilige Ermittlung entsprechend der Anzahl der Ärzte der Praxis bzw. der in der Praxis beschäftigten Angestellten unter Berücksichtigung des Umfangs der Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid.

(5) Bei nachträglichen Änderungen des Honoraranspruches gegenüber der Festsetzung im Honorarbescheid wird eine entsprechende Korrektur der Honorarkürzung nach § 95d SGB V vorgenommen. Dies gilt auch für Honorarkürzungen durch die Prüfungseinrichtung nach § 106 SGB V. Verordnungs- und Schadensregresse nach §§ 47 – 50 BMV / §§ 43 – 46 EKV wirken sich auf die Honorarkürzung nach § 95d SGB V nicht aus.

3. § 8 (Inkrafttreten) wird zu § 9 (Inkrafttreten) und erhält folgende Fassung:

§ 9

Inkrafttreten

Diese Bestimmungen treten mit Veröffentlichung in Kraft. § 8 n.F. gilt für Honorarabrechnungen ab dem Quartal 3/09.

BESCHLUSS

der Vertreterversammlung der KVH vom 19.11.2009
Verwaltungskostenbeitragssätze
für das Haushaltsjahr 2010

1. Verwaltungskostenätze 2010

1.1. Die Vertreterversammlung beschließt, als Beitrag zur Deckung der Verwaltungskosten 2,35 % von den über die KVH abgerechneten Honorarumsätzen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und den psychologischen Psychotherapeuten sowie ärztlich geleiteten Einrichtungen gemäß § 51 Abs. 1 Satz 1 der Satzung zu erheben.

Für alle – soweit zulässig – nicht mittels elektronischer Datenträger eingereichte Abrechnungen beträgt der Verwaltungskostenbeitragssatz 2,80 %.

1.2. Für die Abrechnung der Leistungen (nichtärztliche Dialyseleistungen) nach § 126 Abs. 5 SGB V wird der Beitragssatz nach Ziffer 1. vertragsgemäß auf 0,2 %, für die Abrechnung des Familienplanungszentrums auf 1,0 % festgesetzt.

1.3. Für die Abrechnung von ambulanten Notfallbehandlungen durch nicht nach der Notdienstordnung zur Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst Hamburg berechnete Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen werden 2,25 % vom Honorarumsatz als Gebühr gemäß § 51 Abs. 1 Satz 2 der Satzung erhoben. Für alle – soweit zulässig – nicht mittels elektronischer Datenträger eingereichte Abrechnungen beträgt der Verwaltungskostenbeitragssatz 2,70 %.

1.4. Für die Finanzierung von Sicherstellungsaufgaben wird ein Verwaltungskostenbeitragssatz von 0,2 % vom Honorarumsatz nach Nr. 1.1 erhoben.

1.5. Die Regelung tritt mit der Abrechnung für das IV. Quartal 2009 in Kraft. Hamburg, den 31.11.2008

Interdisziplinärer onkologischer Arbeitskreis der KVH

Die Sitzungen des Interdisziplinären onkologischen Arbeitskreises finden

**jeden ersten Dienstag im Monat um 20 Uhr
in der Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
(Ärztehaus) statt.**

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Frau Flindt: 040 / 22 80 2-569

Amtliche Veröffentlichung im Internet

Unter www.kvhh.de -> *Amtliche Veröffentlichungen* ist folgende Vereinbarung veröffentlicht:

Anlage 4 Vereinbarte GOÄ-Sätze (Stand 04.12.2009) zum Vertrag Wahltarif für Kostenerstattung gem. § 53 Abs. 4 SGB V zwischen dem BKK – Landesverband NORD und der AG Vertragskoordination der Kassenärztlichen Vereinigung und der KBV.

Sollte die Einsichtnahme im Internet nicht möglich sein, stellen wir Ihnen den entsprechenden Ausdruck gern in Papierform zur Verfügung.

Ansprechpartner: Infocenter der KV Hamburg, Tel.: 228 02 – 900

DMP Aktualisierte Listen der beigetretenen BKKn im Internet

Die Listen der beigetretenen BKKn sind aktualisiert worden und auf unserer Homepage unter www.kvhh.de -> *DMP* -> *Liste der dem Vertrag beigetretenen BKKn* – veröffentlicht.

Sollte die Einsichtnahme nicht möglich sein, stellen wir Ihnen gern die Seiten in Papierform zur Verfügung.

Ansprechpartner: Infocenter der KV Hamburg, Tel.: 228 02 – 900

AIDS-Arbeitskreis bei der KVH

Die nächste Sitzung des AIDS-Arbeitskreises findet statt am

**Montag, 25. Januar 2010, 20 Uhr, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg,
(Ärztehaus) Saal 4**

Referent und Thema können leider noch nicht bekannt gegeben werden. Bitte schauen Sie ggf. unter www.kvhh.net auf unseren Terminkalender (Mitgliederbereich).

Eigene Fälle aus der Praxis können wieder vorgestellt und diskutiert werden.

Für evtl. Rückfragen stehen wir gern zur Verfügung unter der Tel.-Nr. 040 - 22802-572.

GEMEINSAME SELBSTVERWALTUNG ÄRZTE/ PSYCHOTHERAPEUTEN UND KRANKENKASSEN

Sonderbedarfszulassungen

Der Zulassungsausschuss für Ärzte – Hamburg – hat folgenden Arzt im Rahmen einer Sonderbedarfszulassung zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen:

Ausführende(r)	Anschrift	Umfang der Tätigkeit
Dr. med. Joachim Siegmund Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie	In Berufsausübungsgemeinschaft mit Dr. Tiedeken Albert-Einstein-Ring 9 22761 Hamburg Tel.: 85 50 06 60 FAX: 85 50 06 62	Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten.

Mitteilungen

Ermächtigte Ärzte / Ärztinnen / Institutionen

Der Zulassungsausschuss für Ärzte – Hamburg – hat nachfolgende Ärzte/Institutionen zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt:

Ausführende(r)	Krankenhausanschrift	Umfang der Tätigkeit
Prof. Dr. med. Rainer Ganschow	Martinstraße 52 20246 Hamburg Tel.: 74 10-537 10 Fax: 74 10-596 46	<ol style="list-style-type: none"> ambulante Betreuung von HIV-infizierten und -exponierten Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres, ambulante Betreuung von Kindern mit angeborenen humoralen Immundefekten bzw. von Kindern zur Abklärung bei Verdacht auf humoralen Immundefekt, Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen zur Abklärung der Transplantationsindikation (Lebertransplantation, isolierte Dünndarm- oder kombinierte Dünndarm- und Lebertransplantation) und falls erforderlich, deren Betreuung bis zur Transplantation, ambulante Betreuung von Kindern und Jugendlichen nach Leber-Transplantation, Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf oder gesicherter Autoimmunhepatitis, primär sklerosierender Cholangitis, Morbus Wilson sowie Alpha-1-Antitrypsinmangel, Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit chronischer Hepatitis-B Infektion und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit chronischer Hepatitis-C Infektion jeweils bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres <p>auf Überweisung durch Vertragsärzte</p>
Petra Oehm	Osteinbeker Weg 2 h 22117 Hamburg Tel.: 713 65 68 Fax: 713 44 37	<p>Für den Personenkreis, der in der Kontakt - und Beratungsstelle "Die Heilsarmee PARK IN" ärztlich betreut wird, zur</p> <ol style="list-style-type: none"> Verordnung von Arzneimitteln, Vornahme von Überweisungen an Vertragsärzte, Vornahme von notwendigen Einweisungen zur stationären Behandlung
Gesa Vollrath	Stader Straße 203 c 21075 Hamburg Tel. 790 06-401 Fax: 760 06-488	<p>Durchführung von neuropädiatrischer Diagnostik und Therapie für Kinder und Jugendliche mit chronischer Epilepsie und anderen neuropädiatrischen Erkrankungen</p> <p>auf Überweisung durch Kinder- und Jugendärzte und Nervenärzte</p>

Bitte beachten: Bei Überweisungen an ermächtigte Ärzte ist der jeweils ermächtigte Arzt namentlich zu benennen.
Eine Überweisung an das Krankenhaus ist in diesen Fällen nicht zulässig.

Regio.Kliniken
Gesundheit ganz nah

Die Regio Kliniken GmbH ist ein innovativer Anbieter umfassender Dienstleistungen im Gesundheitswesen der Region Pinneberg, nordwestlich von Hamburg. Wir vernetzen sowohl ambulante und stationäre Versorgung als auch die Bereiche Akut, Reha und Pflege. Wir engagieren uns in der Ausbildung und sind akademisches Lehrkrankenhaus des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. In Zahlen: 1.000 Betten - 20 Fachabteilungen - 300 Pflegezimmer - 120 Behandlungsplätze Ambulante Rehabilitation - 2.500 Beschäftigte - 65.000 Patienten - 140 Mio. € Umsatz.

Wir suchen im **Fachbereich Innere Medizin** am **Standort Pinneberg** zum **nächstmöglichen Zeitpunkt** einen

Arzt in Weiterbildung (m/w) in Vollzeit

Was Sie mitbringen:

- Engagement u. Freude in einem jungen Team selbständig zu arbeiten
- Patientenorientiertes Handeln unter wirtschaftlichen Aspekten
- 2-3 Jahre Berufserfahrung sind von Vorteil, aber nicht Bedingung

Was wir bieten:

- Einen modernen, innovativen Arbeitsplatz in einem netten, kollegial arbeitenden Team
- Curriculum zur vollen Weiterbildung Innere Medizin, Kardiologie, Nephrologie und Gastroenterologie
- Unmittelbare Einarbeitung in alle wesentlichen Verfahren der internistischen Funktionsdiagnostik
- Interessante u. umfassende Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten an 3 Klinikstandorten
- Vergütung nach TV-Ärzte/VKA (MB)
- Attraktive Lage vor den Toren Hamburgs an der Elbe

Eine standortübergreifende Tätigkeit ist im Bedarfsfall erforderlich. Männer und Frauen haben bei uns die gleichen Chancen. Schwerbehinderte werden bei gleicher Eignung vorrangig berücksichtigt. Weitere Informationen erteilt gerne **Chefarzt Dr. Hofmann**, Tel.: 04101/217-212.

Interessiert? Dann senden Sie uns bitte Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen bis **01.02.2010** an

Regio Kliniken GmbH
Chefarzt Dr. Hofmann
Fahltskamp 74
25421 Pinneberg

www.regiokliniken.de

„3 In 1“ - Akupunktur-Weiterbildung
Kurse unter südlicher Sonne, AK anerkt.
www.gsa-akupunktur.de
Infos: **09331-87400**

Weiterbildungsassistent/in für Allgemeinmedizin zum 01.04.2010 ganztags gesucht. Gemeinschaftspraxis Dr.med. Klaus Haller, Thomas Peter (Ärzte f. Allg.Med.), Ärztezentrum Eckhoffplatz 28, 22547 Hamburg, Tel. (0 40) 83 60 80.

Suchen Allgemeinmediziner/in od. hausärztl. Internisten/in für die Mitarbeit im Angestelltenverhältnis in einer Diabetesschwerpunktpraxis in Hamburg-Bramfeld, Telefon: (01 72) 455 84 48

WB-Assistent/in gesucht für Allgemein/Intern/Neuro PG ab sofort od. später Tel. (01 79) 913 60 44

Chir. GMP HH-Nord (Allg/Unfall/Hand/OP) su. Assistentin/en (Teilzeit). WB-Berechtigt. vorhanden. Dres. Peters/Berg, Tel. (0 40) 602 30 06

Suche Allgemeinmediziner/in od. hausärztl. Internist/in im Angestelltenverhältnis auch Teil- od. Vollzeit; gut geeignet für den Wiedereinstieg in den Arztberuf, Tel. (01 79) 9 13 60 44

Wir suchen ab sofort weitere **Ärzte für medizinische Begutachtungen** (gern auch Rentner) für SGB IX, DRG, GOÄ usw.

Kenntnisse in der Begutachtung sowie MS-Office-Anwendung setzen wir voraus.

Bitte senden Sie Ihre aussagekräftige Bewerbung an DMI-Systems AG, Michael Ehlebracht, Krähenweg 30, 22459 Hamburg, www.dmi-systems.de, info@dmi-systems.de

Das Albertinen-Diakoniewerk e.V. betreibt in der Albertinen-Gruppe das Albertinen-Krankenhaus, das Albertinen-Haus – Zentrum für Geriatrie und Gerontologie – sowie das Evangelische Amalie Sieveking-Krankenhaus mit Richard Remé-Haus, die Residenz am Wiesenkamp, das Feierabendhaus Volksdorf sowie das Diakonie-Hospiz Volksdorf und versorgt als größter diakonischer Krankenhausträger in Hamburg mit über 2.800 Mitarbeitern mehr als 80.000 Patienten. Zur Albertinen-Gruppe gehören darüber hinaus ein Blutspendedienst, zwei ambulante Pflegedienste und zwei Kindertagesstätten, die Albertinen-Akademie für Weiter- und Fortbildung, die Albertinen-Schule als eine Ausbildungsstätte für die generalisierte Pflegeausbildung mit einem dualen Studiengang (B.A.) sowie weitere Einrichtungen für Patienten und Mitarbeiter.

Die **Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus gGmbH**, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Hamburg, versorgt ca. 28.000 Patienten pro Jahr, die in den Abteilungen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Anästhesie und Intensivmedizin versorgt werden. Es besteht eine sehr enge inhaltliche und räumliche Kooperation mit zahlreichen Arztpraxen verschiedener Fachrichtungen.

Die Chirurgie versorgt innerhalb der Allgemein- und Viszeralchirurgie mit dem Schwerpunkt in der minimalinvasiven Chirurgie einen hohen Anteil onkologischer Patienten im Hamburger Nordosten. Jährlich werden 2.700 Eingriffe durchgeführt. Die Intensiv- und Intermediatecare-Behandlung erfolgt in einer interdisziplinären Einheit. Die Versorgung der Patienten aus dem Fachgebiet Unfallchirurgie-Orthopädie geschieht in enger Zusammenarbeit mit der hauseigenen Fachabteilung für Geriatrie. Die interdisziplinäre Notaufnahme weist überdurchschnittliche Fallzahlsteigerungen in der Metropolregion Hamburg auf. Operations- und Untersuchungsbereiche sind auf hohem technischen Niveau, ein Aufnahme- und Diagnostikzentrum sowie ein zentrales Belegungs- und OP-Management sorgen für wettbewerbsfähige Organisationsstrukturen. Direkt an das Haus angeschlossen sind ein Ärztehaus und Therapiezentrum.

Zum Ausbau unseres chirurgischen Portfolios suchen wir zum nächstmöglichen Termin eine/n **promovierte/n Fachärztin/-arzt für Unfallchirurgie/Orthopädie**, als

Leitende Ärztin/Leitenden Arzt der Abteilung für Unfallchirurgie und Orthopädie

Wir erwarten:

- hervorragende operative Fähigkeiten und große Erfahrung bei allen traumatischen und orthopädischen Eingriffstechniken
- hervorragende Kenntnisse in akuten und elektiven Verfahren
- profunde Kenntnisse in der Endoprothetik und der Wirbelsäulenchirurgie
- engagierte und moderne Führungsmethoden insbesondere zur Zusammenarbeit mit den übrigen Fachabteilungen und zur intensiven Weiterbildung unserer Assistenzärzte und Studenten
- Kreativität und Bereitschaft, die Sektorengrenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung auch gemeinsam mit Industriepartnern und Ärztenetzen, mit denen die Albertinengruppe verbunden ist, weiterzuentwickeln

Wir bieten:

- beste persönliche Entwicklungschancen in einer dynamischen Klinik und Klinikgruppe mit engagierten und interdisziplinär arbeitenden Kollegen
- eine Vergütung bestehend aus Festgehalt und Beteiligungsvergütung, die an der Erreichung der strategischen Ziele ausgerichtet ist
- Mitgestaltung der neu zu etablierenden Stelle
- Betriebskindergarten

Für Rückfragen stehen Ihnen Chefarzt Dr. med. Thomas E. Langwieler (Tel. 040 64411-320) oder der Geschäftsführer Hans-Peter Beuthien (Tel. 040 64411-221) gern zur Verfügung.

Als freikirchliches Diakoniewerk orientieren wir unser gemeinsames Handeln an unserem Leitbild (siehe www.albertinen.de) und erwarten von leitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, dass sie das in diesem Leitbild formulierte diakonische Selbstverständnis mittragen und ihre Leitungsaufgaben entsprechend der Führungsgrundsätze unseres Werkes gestalten.

Ihre Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte an:

Evangelisches Amalie Sieveking-Krankenhaus

albertinen⁺

in besten Händen

Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus gGmbH
Hans-Peter Beuthien - Geschäftsführer
Haselkamp 33 · 22359 Hamburg · www.albertinen.de

Haus der Grund- und Regelversorgung östlich von Hamburg

Chefarzt Innere Medizin (m/w)

Wir beschäftigen ca. 250 Mitarbeiter in 5 Fachabteilungen mit insgesamt 166 Betten und stoßen mit unserem medizinischen Dienstleistungsangebot auf große Akzeptanz in der Region. Um unsere Position noch weiter zu stärken, haben wir unsere Leistungskraft mit einem weiteren regionalen Krankenhaus im Rahmen einer Holdingstruktur gebündelt. Der Gemeinnützigkeit verpflichtet befinden wir uns in fester Trägerschaft und erfreuen uns kontinuierlich solider Erträge. Attraktiv im Raum Hamburg gelegen bietet das Umfeld ein umfassendes Freizeitangebot. Wir verfügen über eine einwandfreie Bausubstanz und eine moderne medizintechnische Ausstattung.

Im Zuge einer Nachfolgeregelung ist die Position des Chefarztes Innere Medizin neu zu besetzen. Die Abteilung verfügt über 70 Betten auf zwei gemischten Stationen sowie drei Betten auf der interdisziplinären Intensivstation. Die bisherigen Behandlungs-

schwerpunkte decken ein breites Spektrum der allgemeinen Inneren Medizin sowie ambulanter Versorgungsmöglichkeiten ab. Die Fachabteilung ist großzügig ausgestattet, z. B. mit kompletter Video-Endoskopie, einem der neuesten Farbdoppler-Ultraschallgeräte sowie digitaler Befunderfassung im Bereich kardiologischer Funktionsdiagnostik. Mit diesem Angebot wenden wir uns an Kandidaten/-innen mit einer Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin und möglichst einem Schwerpunkt in Pulmologie oder Diabetologie/Endokrinologie oder Gastroenterologie. Der Idealkandidat (m/w) hat sich bereits erfolgreich in der Position eines Oberarztes/Leitenden Oberarztes bewährt und ist in der Lage, sein künftiges Team motivierend und fachlich versiert zu führen. Eine vertrauensvolle und zielführende Kooperation mit den anderen Abteilungen unseres Hauses ist uns wichtig. Durch Ihre überzeugende fachliche und persönliche Qualifikation können Sie die „Innere Medizin“ sowohl intern als auch extern kompetent repräsentieren.

Wenn wir Sie mit dieser äußerst verantwortungsvollen Position ansprechen konnten, dann steht Ihnen für eine erste telefonische Kontaktaufnahme unser Berater, Herr Christian Weimar, unter der Rufnummer (0 22 61) 703-518 gerne zur Verfügung. Er sichert Ihnen Vertraulichkeit und die sorgfältige Beachtung von Sperrvermerken zu.

Interessenten/-innen bitten wir um Zusendung aussagekräftiger Bewerbungsunterlagen (tabellarischer Lebenslauf, Zeugniskopien, Angabe des Gehaltswunsches/Eintrittstermins) unter der Kennziffer 0867339 per Mail an: sarah.beyer@kienbaum.de oder per Post an die Kienbaum Executive Consultants GmbH, Postfach 10 05 52, 51605 Gummersbach.
<http://kienbaum.bewerbung.de>

Kienbaum^K

Executive Search
Human Resource & Management Consulting

Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Kroatien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Polen, Rumänien, Russland, Schweiz, Tschechien, Ungarn, Brasilien, China, Japan, Singapur, Thailand

Stellengesuche

Intervent. Endoskopie

(FA Chirurg.) im Vorruhestand, sucht Mitarbeit in Praxis/MVZ/Ambulanz, auch Teilzeit auf Basis Angestellter/Honorar. Info: md2002@nifty.com

WB-Stelle Allgemeinmedizin

Ärztin (31 J.), 4,5 J. Klinik (1,5 J. Neurologie, 3 J. Innere Medizin), sucht Vollzeitstelle ab Frühjahr 2010 in freundlicher allgemeinmedizinischer/intern. Praxis/MVZ, c.wilser@gmx.de, Telefon: (01 76) 48 8 2 27 44

WB-Stelle FA-Psy. u. Psychoth.

von erfahrener Ärztin (4.WB-Jahr) 2010 od. später gesu. in ärztl. psychother. od. psychiatr. Praxis. Gerne mit spät. Einstiegsmöglichkeit/auch Teilzeit. Zuschr. erb. unter F 6401 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

MVZ Dr. Soyka & Partner

Wir suchen eine(n) **Weiterbildungsassistenten/in** für sofort oder später.

Wir haben die WBE für **Orthopädie, Rehamedizin (PRM)** sowie **Spezielle Schmerztherapie** (Diese Stelle ist auch f. d. Chirurgie-Teil **Allgemeinmedizin** geeignet).

Nicht ganz unwichtig: Gute Bezahlung, engagiertes Team, Fortbildung, eigene Köchin!

Bewerbungen an: Dr. Matthias Soyka
Alte Holstenstraße 2 · 21031 Hamburg
Telefon 0 40-72 10 46 58
www.aktivion.de · mail: post@dr-soyka.de



Internistische Hausarztpraxis in HH-Nordost

sucht Kollegen/Kolleginnen in Voll- oder Teilzeit im Angestelltenverhältnis, falls KV-Sitz vorhanden, auch in Kooperation. Zuschr. erb. unter Y 6373 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

WB-Stelle Gyn. in gr. GP

FHH-Süd, amb.OP, gynOnko, Pränatal – sofort od. später, info@gawima.de

WB-Assistent/in Innere/AM

gesucht ab Sommer 2010 für hausärztliche Praxis in HH-Bramfeld, Dr. Hengstermann (01 70) 342 66 85.

Mitarbeit/ Praxisgemeinschaft/ Assoziation

Facharzt/ärztin

physikalische-rehabilitative Medizin oder

Orthopäde/in

zur Anstellung in Teilzeit gesucht. Spätere Assoziation möglich. Zuschriften erbeten unter H 6403 an Hb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 Hamburg

Augenarzt u. Operateur

sucht Mitarbeit in Hamburg. KV-Sitz evtl. vorhanden. Zuschr. erb. unter W 6364 an Hamb. Ärzteblatt, Postfach 76 12 20, 22062 HH

FA oder FÄ für Neurologie

stundenweise für internistisch-neurologische Praxis gesucht. Kontakt: PD Dr. Bökmann, Heegbarg 10, 22391 Hamburg/Poppenbüttel, Telefon: (0 40) 602 40 66, www.dr-boekmann.de

Allgemein/Interne/Neuro PG sucht **Allgemeinmediziner/-in od. Internist/-in mit KV-Sitz**
Tel.: (01 79) 913 60 44

Allg.Medizinerin mit SONO
von Internist wg. PG ab sofort gesucht (KV-Liz. vorh.) (01 75) 290 11 93

Wir suchen Fachärzte (m/w)

für Frauenheilkunde, Allgemeinmedizin und Chirurgie,

gern auch in Teilzeit, zum weiteren Aufbau der Maxcura Gesundheitszentren. Lassen Sie sich von unserem Konzept überzeugen! Außerdem suchen wir kontinuierlich Praxen zur Übernahme in Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde und Chirurgie. Zur Fortführung der wohnortnahen Versorgung entwickeln wir gemeinsam Konzepte.

Bewerbungsunterlagen an Maxcura MVZ GmbH,
Hoheluftchaussee 20, 20253 Hamburg,
www.maxcura.de, info@maxcura.de,
Ärztlicher Leiter: Michael Ehlebracht.

Ihre Anzeigenabteilung erreichen Sie

telefonisch unter:

0 40/29 80 03-0

Per E-Mail ist das auch möglich:

info@wels-verlag.de

Mitarbeit/Praxisgemeinschaft/Assoziation (Forts.)

Große internistische Gemeinschaftspraxis im Zentrum von Bremen

Schwerpunkte Hämatologie-Onkologie/Infektiologie

sucht baldmöglichst **Partner für langfristige Mitarbeit bzw. Praxiseinstieg**

Wir freuen uns auf eine Kollegin oder einen Kollegen, die/der die Innere Medizin sicher beherrscht. Erwünscht sind infektiologische Kenntnisse (HIV). Teilzeit möglich.

WB Ermächtigung für Hämatologie/Onkologie (18 Monate) liegt vor.
Drs. Weiß, Weber, Sick (Tel.: 04 21-4 30 76 09 oder 2 78 47 13 abends)

Radiologische Gemeinschaftspraxis

(4 Ärzte) sucht weitere/n junge/n Ärztin/Arzt kurz vor/nach der Facharztprüfung zur späteren Assoziation (64-Zeilen CT, 18-Kanal MRT, volle Digitalisierung, Nuklearmedizin, Mammographie, konv. Röntgen und Strahlentherapie) im Nahverkehrsbereich HH.

www.radiologie-uelzen.de, 0171-2167928

FÄ/FA Innere/Allg.-Med. in Teilzeit

für 20 Std. pro Woche ab 01.04.10 als Entlastungsassistent/Unterstützung für Hausarzt-Praxis im Hamburger Norden gesucht. Spätere Partnerschaft und/oder Übernahme möglich.
Zuschr. erb. unter E 6396 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Für ein geplantes MVZ/GP

in HH, gute Lage (Spitalerstraße), suche ich **Arztstühle verschiedener Fachrichtungen**, auch Kooperation erwünscht, Tel. (01 71) 470 47 57.

Vertretungen

Augenarztpraxis sucht

Vertreter/in für Notfallpraxis Farmsen (01 72) 413 12 72

Praxisübernahme

Praxis/KV-Sitz für Urologie

in Hamburg von jungem FA gesucht sofort oder auch später. Zuschr. erb. unter S 6357 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Facharzt für Inn/Gastroent.

sucht Übernahme o. Einstieg in intern. od. gastroent. Praxis.
Zuschr. erb. unter X 6366 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Orthopäde u. Unfallchirurg

sucht Praxis oder KV-Sitz zur Übernahme, kein MVZ.
Zuschr. erb. unter D 6394 an Hamb. Ärzteblatt, Postfach 76 12 20, 22062 HH

Praxisabgabe

Dermatologie Kreis NF

klassisches Behandlungsspektrum, zentrale Lage mit großem Einzugsgebiet, zum 01.07.2010 abzugeben.
promedis ag ; 04340 402811
www.promedis.de

Praxis für Allgemeinmedizin

in HH-Harburg mit oder ohne Zulassung an Nachfolger/in in 2010 abzugeben. Info unter: (0 40) 88 88 86 44

Praxisabgabe

Gynäkologie / KV-Praxis

Halber KV-Sitz incl. Patienten u. Räume abzugeben in Harvestehude. Zuschr. erb. unter Z 6378 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Pädiatrie Kreis Segeberg

Ärztzentrum, optimale Lage an Schulzentrum u. Kindergarten, großes RLV, hoher Privatanteil, ertragsstark, abzugeben in 2010.

promedis ag; 04340 402811
www.promedis.de

Praxisübernahme/ Praxisabgabe

Biete Übernahme Hautarztpraxis Lüneburg-Zentrum

ab 10/2010 opt. wirtschaftl. Situation, zukunftssicher/ausbaufähig: (0 41 31) 467 41, ddrieschner62335@aol.com

Praxisgesuche

PP (VT, Erwachsene) sucht

zu sofort od. später halben KV-Sitz in HH. Angebote an: kvt-praxis@gmx.de

KV-Sitz

Hausärztlicher KV-Sitz

von internistischer Gemeinschaftspraxis in Hamburg gesucht.
Zuschr. erb. unter V 6309 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Psychol. Psychotherapeut VT

sucht Kassensitz in Hamburg.
Zuschr. erb. unter I 5974 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

KV-Sitz Gynäkologie gesucht,

auch Übernahme kleiner gyn. Praxis.
Zuschr. erb. unter C 6393 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Suche KV-Sitz Orthopädie

möglichst Mitte 2010, gern auch früher. Zuschriften erbeten unter A 6379 an Hamb. Ärzteblatt, Postfach 76 12 20, 22062 HH

Psychol. Psychotherapeutin

sucht Kassensitz in Hamburg (VT), Zuschriften: Praxis@pt-f.de

KV-Sitz oder 0,5 KV-Sitz

für Dermatologe in Hamburg gesucht.
Zuschr. erb. unter B 6391 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Praxisräume

Praxisräume Altona-Nord

ideal für PT (Einzeltherapie- und Gruppenraum), ruhig, sehr schön gestaltet, zur Allein- oder Mitmiete, Telefon: (0 40) 38 0 1 17 46

Rotherbaum

Raum in Psychoth. PG 4 Tage/Wo. od. weniger zu vermieten, Tel. (0 40) 44 85 74

Repräsentative Praxisräume

in HH-Uhlenhorst, verkehrsgünstig und alsternah (30, 30, 22 m²) in Psychotherapeutischer PG zu vermieten, Tel. (01 70) 214 23 01

Therapieraum 27 m² in Praxis

am Eppendorfer Baum zum 01.03.10 zu vermieten Tel.: (0 40) 47 76 17

Ottensen

Zwei sehr zentral gelegene helle u. ruhige Praxisräume (17 u. 22 m²) in großzüg. Räumlichkeiten in psychotherapeut. Praxis längerfristig zu vermieten. Gruppen-, Abstell-, kl. Büro- u. Wartezimmer vorhanden, Tel. (0 40) 390 58 68 od. (01 72) 993 89 27

Praxis/-räume in Langenhorn

tageweise zu vermieten, voll ausgestattet, direkt an U-Bahnstation.
Zuschr. erb. unter G 6402 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Klosterstern

schöner heller Raum halb-/ganztags in Arztpraxis frei ab sofort, Telefon: (01 77) 266 53 50

Praxisraum Zentrum (35 m²)

vollmöbliert, in orthopäd.-chirurg. Privatpraxis zu mieten. Sonogerät, Stoßwelle vorhanden Tel. (0 40) 43 09 55 18

Praxisräume Harvestehude

halbtags ca. 130–150 m², gerne Gyn. od. Allgemeinarzt, Einzelraum od. halbtags möglich (01 72) 401 09 82.

Praxisräume am Michel

1–2 Praxisräume in Allgemeinarztpraxis, verkehrsgünstig, zu vermieten. Geeignet für nicht operativ tätige Ärzte, gern auch an Psychotherapeuten, Tel. (0 40) 37 32 30.

Druckunterlagen am besten nur als PDF

Druckunterlagen für Anzeigen können selbstverständlich auch elektronisch angeliefert werden. Am besten als druckfähiges PDF.

Wie antworte ich auf eine Chiffre-Anzeige?

Wenn Sie sich für eine Chiffre-Anzeige interessieren, dann schreiben Sie auf den Briefumschlag unsere Adresse und die Chiffre-Nr. der betreffenden Anzeige.

Beispiel:

Chiffre-Nr. A1234
HAMBURGER ÄRZTEBLATT
Verlag Francis von Wels
Postfach 76 12 20
22062 Hamburg

Wir leiten Ihre Zuschriften umgehend auf dem Postweg an den Inserenten weiter.

Sie haben noch Fragen? Rufen Sie uns einfach an.

Verlag Francis von Wels
Anzeigendisposition
Hamburger Ärzteblatt
Tel. 040 / 29 80 03-0



Das AKK lädt ein zum

2. Symposium Minimalinvasive Operationstechniken im Kindes- und Jugendalter

– Komplikationen der MIC und ihre Behandlungsstrategien –

am 26./27.03.2010

Datum: Symposium: 26.03.2010, 8.00–18.00 Uhr
Workshop: 27.03.2010, 9.00–13.00 Uhr

Veranstaltungsort: Etatsrätin-Donner-Saal des AKK
Bleickenallee 38, 22763 Hamburg

Wissenschaftl. Leitung: OA Dr. Thomas Krebs, Facharzt Kinderchirurgie
Leitung Minimalinvasive Chirurgie
thomas.krebs@kinderkrankenhaus.net

Organisation: Daniel Heinrich, Facharzt Kinderchirurgie
daniel.heinrich@kinderkrankenhaus.net

Anmeldung: Kinderchirurgisches Sekretariat,
Tel.: 0 40/8 89 08 -2 30
www.kinderkrankenhaus.net/Aktuelles

Teilnahmegebühr: Fachärzte 75 €/Assistenzärzte 50 €
Pflegerkräfte und Studenten frei
Workshop 75 €

Die Veranstaltung wird mit 16 Punkten von der Ärztekammer Hamburg anerkannt.

Budgetfreies Geld? Oder fehlen noch 4 Schmerz-Fallkonferenzen zur Fortschreibung der KV Abrechnungsgenehmigung Akupunktur?

Neues 2tes Standbein? Akupunktur – KOMPAKTKURSE für Anfänger und REFRESHER-Kurs für Fortgeschrittene Psychosomatische Grundversorgung inkl. Balint im Club MAGIC LIFE WATERWORLD, Türkei (Meer + Sonne, Golf + Wellness) vom 19.03.2010 bis 26.03.2010

Infos + Buchung: Tilman Touristic, Tel. 09331/87400 u. www.gsa-akupunktur.de

Das DERMATOLOGIKUM HAMBURG und das Regionale Psoriasisnetz Hamburg laden Sie herzlich ein zu einem interdisziplinären Symposium mit dem Thema

„Neue Therapien bei Psoriasis“

am Mittwoch, den 13. Januar 2010, um 18:00 Uhr in das SIDE-Hotel, Drehbahn 49, 20354 Hamburg.

Referent:
PROF. DR. MED. ULRICH MROWIETZ
Leiter des Psoriasis-Zentrum, Abt. Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Schittenhelmstrasse 7, 24105 Kiel

Bitte melden Sie sich per Fax 040-35 10 75-40 oder e-mail hain@dermatologikum.de an.

WWW.DERMATOLOGIKUM.DE

Gynäkologentag Hamburg 2010
zusammen mit dem
**152. Stiftungsfest der
„Geburtshilffichen Gesellschaft
zu Hamburg“**
Fr 22./Sa 23. Januar 2010

Freitag, 22.01.2010, 15.00–18.00 Uhr
Samstag, 23.01.2010, 9.00–17.30 Uhr
Ort: Ärztehaus Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Veranstalter: FBA Frauenärztliche BundesAkademie, Berufsverband der Frauenärzte e. V. (LV Hamburg), Geburtshilffliche Gesellschaft zu Hamburg
Auskunft, Programm, Anmeldung:
Dr. med. Wolfgang Cremer
Tel. 0 40 / 46 46 82, Fax 0 40 / 46 46 38
E-Mail: cremer@bvfhamburg.de
Programm unter: www.bvf-hamburg.de

QM-Ausbildung
www.cqa.de

Anzeigenschluss
für die
Februar-Ausgabe
ist am 20. Januar.

www.westerland-seminar.de

Balint-Gruppe

Balint-Gruppe

Dienstags 20.00-21.30 Uhr 14-tägl.,
Tel. (0 40) 460 40 45

Online-Anzeigenannahme

www.wels-verlag.de

Praxiseinrichtung/Praxismöbel

Praxiseinrichtungen

- Planung, Fertigung, Montage
- Um- und Ausbauleistungen
- Medizinisches Mobiliar

Klaus Jerosch GmbH
Info-Telefon (kostenfrei)
(0800) 5 37 67 24
www.jerosch.com

Esmarchstr. 4 - 6
23795 Bad Segeberg
Tel.: 04551/8813-292
Fax: 04551/8813-228
E-Mail: ecs@aeksh.org

EDMUND-CHRISTIANI-SEMINAR

Berufsbildungsstätte der
Ärztekammer Schleswig-Holstein



AUFSTIEGSFORTBILDUNGEN MIT STAATLICHER ANERKENNUNG

- **Betriebswirtin für Management im Gesundheitswesen** (800 Ustd.), 14. Seminarreihe, Beginn: März 2010
- **Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung** (460 Ustd.), 31. Seminarreihe, Beginn: September 2010

WEITERBILDUNGEN

- **Vorbereitung auf die externe Prüfung zur MFA** (175 Ustd.), Beginn: Februar 2010
- **Diabetesassistentin** (184 Ustd.), 3. Seminarreihe, Beginn: September 2010

Unser gesamtes Fortbildungsprogramm finden Sie unter: www.aeksh.de/ecs

Praxismöbel

Schränke - Schreibtische - Tresen

- günstig, direkt vom Hersteller -
- www.interhansa.de -

Bürosysteme INTERHANSA Tel. 040-606 50 36, Fax 606 23 82

Ihre Anzeigenabteilung erreichen Sie
telefonisch unter: **0 40/29 80 03-0**

Coaching

KARIN WEIST **COACHING**

professionelles
Einzelcoaching
für Ärzte

www.karinweistcoaching.de
Telefon: 040-422 84 62

Mediation

bp Coaching + Mediation

Professionelle Konfliktklärung
im Gesundheitswesen
mit Mediation

Britta Berberich
Mobil 01 71/4 83 04 46
Tel. 0 40/45 00 07 29
www.bp-coaching.de

www.wels-verlag.de

Wirtschafts- und Finanzberatung

DR. LANGE WIRTSCHAFTSBERATUNG FÜR ÄRZTE

ZUGEGEBEN, ES HAT SCHON BESSERE ZEITEN UND BEDINGUNGEN FÜR DIE AUSÜBUNG DES ÄRZTLICHEN BERUFES GEGEBEN. DENNOCH, AUCH DAS HEUTIGE SYSTEM BIETET CHANCEN: IMMER DANN, WENN ES GELINGT, DIE AMBITIONEN DES ARZTES MIT DEN BEDÜRFNISSEN DES PATIENTEN UNTER DEN HEUTIGEN UND DEN ZU ERWARTENDEN UMWELTBEDINGUNGEN IN EINKLANG ZU BRINGEN. DANN IST ÄRZTLICHE TÄTIGKEIT SOWOHL IN IDEELLER, ALS AUCH IN MATERIELLER HINSICHT ERFOLGREICH.

WIR MÖCHTEN UND KÖNNEN SIE DABEI UNTERSTÜTZEN.

DR. DIETER K. LANGE
ARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN
DIPLOM-BETRIEBSWIRT

DR. LANGE WIRTSCHAFTSBERATUNG | ZIESENISSTRASSE 27 | 22043 HAMBURG | +49 (0)40 48 61 93
WWW.DR-LANGE-WIRTSCHAFTSBERATUNG.DE | DR-LANGE@DR-LANGE-WIRTSCHAFTSBERATUNG.DE

Steuerberatung

Was ist die Praxis wert?

Horst Stügel,
von der IHK zu Kiel öffentlich bestellter und vereidigter
Sachverständiger für die Bewertung von Unternehmen
und Praxen im Gesundheitswesen, Betriebsanalysen
und Betriebsunterbrechungsschäden

estimed
bewerten.bewegen

Mehr im Internet:
www.estimated.de

DELTA Steuerberatung

Bad Segeberg | Heide | Hamburg

DELTA

Steuerberatung für Ärzte seit über 40 Jahren

Im Kohlhof 19
- 22397 Hamburg
Tel. 040 - 611 850 17

Hindenburgstraße 1
23795 Bad Segeberg
Tel. 0 45 51 - 8 80 80



Zum 3. Mal in Folge ausgezeichnet!



Die Steuer- berater für Ärzte

Krumbholz König & Partner

Steuerberater · Rechtsanwälte

Tel. 040 / 554 9940 | info@krukoe.de | www.krukoe.de

Abgabenordnung + Alkopopsteuergesetz + Aufwandsteuern + Außensteuergesetz + Bewertungsgesetz + Biersteuergesetz + Branntweinsteuergesetz + Doppelbesteuerungsabkommen + Einkommensteuergesetz + Erbschaftsteuergesetz + Feuerschutzsteuergesetz + Gewerbesteuersteuergesetz + Grunderwerbsteuergesetz + Grundsteuergesetz + Investmentsteuergesetz + Kaffeesteuergesetz + Kirchensteuergesetz + Körperschaftsteuergesetz + Kraftfahrzeugsteuergesetz + Mineralölsteuergesetz + Rennwet- und Lotteriegesetz + Schaumweinsteuergesetz + Solidaritätszuschlaggesetz + Spielvergnügungsteuergesetz + Stromsteuergesetz + Tabaksteuergesetz + Umsatzsteuergesetz + Umwandlungssteuergesetz + Versicherungssteuergesetz + Vermögensteuergesetz + Zollkodex + Zollkodex-Durchführungsverordnung + Zwischenerzeugnissteuergesetz

Klar soweit?

LUST auf BUST

Steuerberatung für Ärzte



Niederlassung Hamburg

Humboldtstraße 53, 22083 Hamburg
Tel: 040 271 41 69-0, Fax: 040 22087 49
E-Mail: hamburg@BUST.de, www.BUST.de

ETL

ADVIMED
wirtschaftliche und steuerliche Beratung
für Heilberufler

Wir haben uns für Sie spezialisiert:
Steuer- und Wirtschaftsberatung **für Ärzte**

ADVIMED Steuerberatungsgesellschaft mbH

Ansprechpartner: Thomas Mochnik, Steuerberater

Joachim Wehling, Steuerberater

Borsteler Chaussee 47 · 22453 Hamburg

phone: (040) 22 94 50 26 · fax: (040) 22 94 50 10

advimed-hamburg@etl.de · www.advimed-hamburg.de

Mitglied in der European Tax & Law

Wer Recht behält, ist gut beraten

Beratungsschwerpunkte:

- neue Versorgungsformen
- Vertragsgestaltungen
- Wirtschaftlichkeitsprüfungen
- Honorarverteilung
- Zulassungsverfahren
- Praxiskooperationen
- Disziplinarverfahren
- Arbeits-/Mietrecht
- Arzthaftpflichtrecht

Die persönlichen Berater an Ihrer Seite:

Hans Peter Ries
 Dr. Karl-Heinz Schnieder
 Dr. Ralf Großbölting
 Felix Ismar



rechtsanwälte
 kanzlei für wirtschaft und medizin

Ballindamm 8
 20095 Hamburg
 Telefon: 0 40/2 09 44 90
 Telefax: 0 40/2 09 44 910

www.kwm-rechtsanwaelte.de
 Münster – Berlin – Hamburg

Statistik

für Dissertationswiss. Arbeiten;
 Dr. Robert Laudahn, (0 15 12) 405 34 86

**Medizinischer
 Schreibdienst**

**10 Jahre Medizinischer
 Schreibdienst**

Nicole Kuschel

- Klinikverwaltung inbound/outbound
- Fachbereiche aller Art
- individuelle Lösungen

Telefon: 040/532 99-285
 E-Mail: nicole.kuschel@t-online.de

Sonstiges

Praxis-Marketing

Wir haben die Kompetenz.
Ob Logo, Homepage...
 bis zur Praxis-Optimierung.
www.ide-med.de
 oder (040)3 20 05-451

Ferienwohnung/Reisen

**Geschmackvolle Ferienwohnung
 im Zentrum von Dresden**

anfrage@fewos-in-dresden.de,
 Tel.: 0351/417 25 69 50

Online-Anzeigenannahme

www.wels-verlag.de

**Anzeigenschluss
 für die Februar-Ausgabe**

**Textteilanzeigen
 15.01.2010**

**Rubrikanzeigen
 20.01.2010**

praxisrecht.de



Raffelsieper & Partner GbR

Hamburg - Berlin - Heidelberg

Spezialisten für alle Rechtsfragen rund um den Arztberuf

Beratung für

- niedergelassene Ärzte
- angestellte Ärzte
- Krankenhausträger

- sonstige Leistungserbringer im Gesundheitswesen

Kooperation • MVZ • Integrierte Versorgung • Strukturverträge • Praxisnetze
 Berufsrecht • Vertragsarztrecht • Abrechnung • Wirtschaftlichkeit
 Nachfolgeregulung • Erbrecht • Steuerrecht

Lokstedter Steindamm 35 • 22529 Hamburg* (040) 23 90 876 0
www.praxisrecht.de • hamburg@praxisrecht.de

Rechtsanwälte • Fachanwälte für Medizinrecht • Fachanwälte für Steuerrecht

Sonstiges

Handbuch für das Gesundheitswesen in Hamburg 2009 – gültig bis Mitte 2010 –

herausgegeben von der **ÄRZTEKAMMER HAMBURG** und dem
 Hanseatischen Werbekontor Heuser & Co. (GmbH & Co.) KG

Seit über 50 Jahren das unentbehrliche Nachschlagewerk für alle,
 die in Hamburgs Gesundheitswesen tätig sind.

INHALT:

- über 3.900 praktizierende Ärzte
- über 1.400 Zahnärzte
- über 50 Krankenhäuser, Kliniken, Sanatorien mit über 4.000 Ärzten
- über 460 Apotheken
- über 1.200 Psychologische Psychotherapeuten
- Behörden, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, medizinische Hilfsdienste wie Orthop. Werkstätten, Sanitätsgeschäfte
- u. v. a. m.

BESTELLUNGEN:

Hanseatisches Werbekontor Heuser & Co. (GmbH & Co.) KG
 Telefon: (040) 525 20 51 • Telefax: (040) 525 10 88 • Frau Alexander

Bestattungen

Ertel

Beerdigungs-Institut

20095 Hamburg
 Alstertor 20, ☎ (0 40) 30 96 36-0

Filialen

Blankenese ☎ (0 40) 86 99 77
Nienstedten ☎ (0 40) 82 04 43

22111 Hamburg (Horn)
 Horner Weg 222, ☎ (0 40) 6 51 80 68



Die Asklepios Kliniken laden ein

Mittwoch, 13. Januar 2010, 16:15 bis 20:00 Uhr

► **Moderne Thoraxchirurgie in der Asklepios Klinik Harburg heute** ③*

Überblicksveranstaltung zu Verfahren und Perspektiven.
Asklepios Klinik Harburg, Abteilung Thoraxchirurgie,
Thoraxzentrum Hamburg
Ort: Hotel Lindtner, Heimfelder Str. 123, 21075 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-86 21 48

Mittwoch, 13. Januar 2010, 17:30 bis 19:30 Uhr

► **Aktuelle Entwicklungen im Hamburger Rettungsdienst** ③*

Vorträge zur Atemwegssicherung mit praktischer Anwendung.
Asklepios Klinik Harburg, Abteilung für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
Ort: Landesfeuerwehrschule Hamburg, Bredowstr. 4, 22113 Hamburg
Um Anmeldung bis 7. Jan. wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-86 30 73

Samstag, 16. Januar 2010, 10:00 bis 13:30 Uhr

► **Ophthalmologen-Vormittag** ⑥*

Überblick über eine breite Themenpalette mit Fallbeispielen.
Asklepios Klinik Nord - Heidberg, Kopfzentrum, Abteilung Augenheilkunde
Ort: Steigenberger Hotel Treudenberg, Lemsahler Landstr. 45, 22397 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-87 36 14

Samstag, 16. Januar 2010, 10:00 bis 16:00 Uhr

► **Psychiatrische Notfälle in Rettungsdienst und Notaufnahme** ⑦*

Workshop mit videounterstützter Darstellung von Fallbeispielen.
Asklepios Klinik Barmbek, Abt. für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Institut für Notfallmedizin der Asklepios Kliniken Hamburg, Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärzte e.V.
Teilnahmegebühr: 120,- € (inkl. Speisen & Getränke); 100,- € bei Anmeldung bis 31.12.2009, 75,- € für AGNN-Mitglieder bei Anmeldung bis 31.12.2009
Ort: Asklepios Klinik Barmbek, Seminarräume 1-2, EG, Rübenkamp 220, 22291 Hamburg
Anmeldung erforderlich. Fax: (0 40) 18 18-82 98 09

Mittwoch, 20. Januar 2010, 18:00 bis 21:00 Uhr

► **Innovative Therapie bei Vorhofflimmern** ④*

U.a. Vorstellung eines neuen Antiarrhythmikums und Ablation live aus dem Katheterlabor.
Asklepios Klinik St. Georg, II. Medizinische Abt., Kardiologie
Ort: Hotel Le Royal Méridien Hamburg, An der Alster 52-56, 20099 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-85 44 44

20. und 27. Januar, 10. Februar 2010, jeweils 16:30 bis 18:00 Uhr

► **Vorlesungen zu Psychiatrie und Psychotherapie** ②*

Veranstaltungen im Rahmen der Ochsenzoller Fort- und Weiterbildung mit folgenden Themen: WVPFH – Sozialpsychiatrie: Aspekte der Forensik I (20.01.); Kritische Interpretation von Studien über „atypische“ Antipsychotika (27.01.); Posttraumatische Belastungsstörung (10.02.)
Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll, Fort- und Weiterbildung
Ort: Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll, Haus 32, EG, Langenhorner Chaussee 560, 22419 Hamburg
Anmeldung nicht erforderlich.

Donnerstag, 21. Januar 2010, 16:00 bis 18:00 Uhr

► **CKD-MBD – Leitlinien und Therapiesicherheit** ③*

Veranstaltung im Rahmen der Barmbeker Nephrologen-Gespräche.
Asklepios Klinik Barmbek, IV. Medizinische Abteilung, Nephrologie und Diabetologie
Ort: Asklepios Klinik Barmbek, Seminarräume 1 und 2, Rübenkamp 220, 22291 Hamburg
Anmeldung nicht erforderlich.

Samstag, 23. Januar 2010, 9:00 bis 15:00 Uhr

► **Die Therapie des Rektumkarzinoms im Wandel der Zeiten** ⑧*

Bestandsaufnahme und Ausblick anlässlich der Verabschiedung von Prof. Dr. Eberhard Gross.
Asklepios Klinik Barmbek, Abt. f. Allgemein- u. Viszeralchirurgie
Ort: Asklepios Klinik Barmbek, Seminarräume, Rübenkamp 220, 22291 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-82 28 19

Mittwoch, 27. Januar 2010, 18:00 bis 20:30 Uhr

► **Die kritische diabetische Extremitäten-Ischämie** ③*

Veranstaltung im Rahmen der Fortbildung des zertifizierten GefäßCentrums Hamburg zu aktuellen Aspekten von Diagnostik und Therapie.
Asklepios Klinik Harburg, GefäßCentrum (GCH)
Ort: Hotel Lindtner, Heimfelder Str. 123, 21075 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-86 28 44

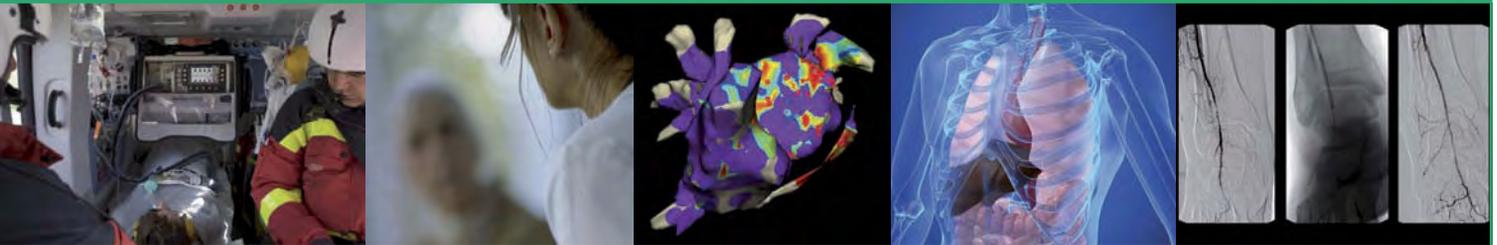
Donnerstag, 28. Januar 2010, 17:30 bis 19:30 Uhr

► **Hirntoddebatte: Standpunkte der Neurologie, Intensivmedizin und Philosophie** ③*

Veranstaltung im Rahmen der Reihe „Organtransplantation“.
Asklepios Klinik Altona, KB DRG-, Medizin- und Qualitätsmanagement, Asklepios Medical School GmbH, Ärzteakademie der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH
Ort: Asklepios Medical School, c/o Asklepios Klinik St. Georg, Haus P, Eingang Phillipstraße, Hörsaal EG, 20099 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-84 26 99

*Fortbildungspunkte

Ärzteakademie



Die Asklepios Kliniken laden ein

Freitag, 29. Januar 2010, 13:00 bis 17:00 Uhr,

Samstag, 30. Januar 2010, 9:00 bis 14:00 Uhr

► Grundlagen der VT III – Fallkonzeption und Antragstellung

Workshop im Rahmen des WVPPH Ärztecurrecurculums Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, in Kooperation mit dem Weiterbildungsverbund Psychiatrie und Psychotherapie Hamburg e.V. (WVPPH) und der Ärzteakademie der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH
Ort: Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll, Haus 32, Langenhorner Chaussee 560, 22419 Hamburg
Anmeldung erforderlich. Fax: (0 40) 18 18-87 23 45

Mittwoch, 3. Februar 2010, 17:00 bis 20:45 Uhr

► Chirurgie in Altona 2010 ⑤*

Wir stellen bewährte und neue Techniken insbesondere der Schilddrüsenchirurgie vor.
Asklepios Klinik Altona, Abt. für Allgemein- u. Viszeralchirurgie
Ort: Asklepios Klinik Altona, Hörsaal, Paul-Ehrlich-Str. 1, 22763 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-81 49 07

Mittwoch, 3. Februar 2010, 18:30 bis 21:00 Uhr

► Infektiöse Erkrankungen des Genitale ③*

Veranstaltung zu Krankheitsspektrum, Diagnostik und Therapie im Rahmen des Urologischen Abends.
Asklepios Klinik St. Georg, Abteilung Urologie
Ort: Asklepios Klinik St. Georg, Hörsaal, Haus B (Vorträge), Kasino, Haus A (Diskussion und Imbiss), Lohmühlenstr. 5, 20099 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-85 29 69

Freitag, 5. Februar 2010, 13:00 bis 18:00 Uhr,

Samstag, 6. Februar 2010, 9:00 bis 14:00 Uhr

► Psychotherapie bei PTSD ⑭*

Psychotherapieworkshop im Rahmen der Ochsenzoller Fort- und Weiterbildungen.
Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll, Fort- und Weiterbildung
Teilnahmegebühr: Für ärztliche und psych. MitarbeiterInnen der Asklepios Klinik Nord kostenfrei. Für externe Teilnehmer 180,- €
Ort: Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll, Haus 32, EG, Langenhorner Chaussee 560, 22419 Hamburg
Anmeldung erforderlich. Fax: (0 40) 18 18-87 23 45

Samstag, 6. Februar 2010, 9:00 bis 13:15 Uhr

► 3. Operationskurs für die minimal-invasive Therapie des primären Schnarchens und der Schlafapnoe ⑧*

Teilnehmerzahl auf 20 begrenzt, mit Live OP-Demonstrationen.
Asklepios Klinik Harburg, Abteilung für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie
Teilnahmegebühr: 60,- € (inkl. Handout & Verpflegung)
Ort: Asklepios Klinik Harburg, HNO-Ambulanz, Haus 8, 7. Etage, Eißendorfer Pferdeweg 52, Hamburg
Anmeldung erforderlich. Fax: (0 40) 18 18-86 28 58

Freitag, 12. Februar 2010, 9:30 bis 19:30 Uhr

► 9. Hamburger Symposium Aktuelle Konzepte der Altersmedizin ⑧*

Schwerpunktthemen: Ernährung, trockener Mund, Krebs, Schmerz und Suizid, Führerschein im Alter.
Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll, Abteilung für Geriatrie, Abteilung für Gerontopsychiatrie
Teilnahmegebühr: Ärzte, Apotheker, Psychologen 35,- €; Pflegekräfte, Therapeuten 25,- €; AiP, Studenten, Senioren, Ehrenamtliche 20,- €. Öffentlicher Vortrag kostenlos.
Ort: Rathaus Norderstedt (Tribühne), Rathausallee 50, 22846 Norderstedt
Anmeldung erforderlich. Fax: (0 40) 18 18-84 26 90

Samstag, 13. Februar 2010, 9:30 bis 14:00 Uhr

► Der Psychosomatische Dialog ⑤*

Moderne Zeiten – Erwachsenwerden heute. Kinderanalytische, soziologische und philosophische Aspekte.
Asklepios Westklinikum Hamburg, Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Schmerztherapie
Teilnahmegebühr: 35,- €
Ort: Hotel Louis C. Jacob, Elbchaussee 401-403, 22609 Hamburg
Anmeldung erforderlich. Fax: (0 40) 18 18-84 26 90

Donnerstag, 25. Februar 2010, 17:30 bis 19:30 Uhr

► Implantation: Chirurgische Entscheidungen und psychotherapeutische Begleitung der Betroffenen ③*

Veranstaltung im Rahmen der Reihe „Organtransplantation“.
Asklepios Klinik Altona, KB DRG-, Medizin- und Qualitätsmanagement, Asklepios Medical School GmbH, Ärzteakademie der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH
Ort: Asklepios Medical School, c/o Asklepios Klinik St. Georg, Haus P, Eingang Phillipstraße, Hörsaal EG, 20099 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-84 26 99

*Fortbildungspunkte

(weitere Termine umseitig)

Nähere Informationen: www.asklepios.com/aerzteakademie